



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

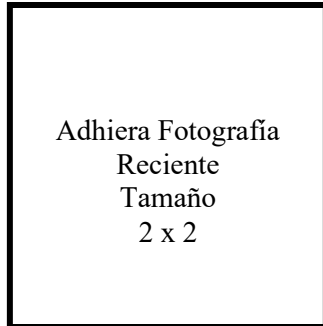
SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y
Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Médicos Veterinarios

Solicitud de Renovación Certificado para Despachar Medicamentos Veterinarios De Receta Mediante Orden Medico Veterinaria en Puerto Rico

DECLARACIÓN JURADA



Adhiera Fotografía
Reciente
Tamaño
2 x 2

COMPARECE _____

Nombre completo del solicitante

Seguro Social XXX-XX-_____ e identificado mediante

Clase de identificación

Número

Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO expone que es la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta muestra su parecido y fue tomada recientemente.

Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la **JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO** pueda denegar la misma, o para revocar el certificado después de expedido o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente Bajo **JURAMENTO** expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud, que las declaraciones que la misma contiene son verídicas, que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y que fue tomada recientemente.

Autoriza a cualquier persona, corporación, institución, agencia o entidad pública o privada, para que ofrezca a la **JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO** cualquier información que requiera sobre su persona y/o para ampliar, aclarar o corroborar la información ofrecida en esta o con esta solicitud.

Acepta cumplir fielmente con el Código de Ética de la Junta Examinadora de Médicos Veterinarios de Puerto Rico.

FIRMA DEL SOLICITANTE

JURADO y SUSCRITO ANTE MI, hoy día ____ de ____ de ____ en

_____.

AFFIDAVIT Núm. _____

SELLO
NOTARIAL

FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO

Nombre del Solicitante:				
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre	Inicial	

Dirección Permanente: _____

Núm y Calle	Barrio o Urbanización	Pueblo	Zip Code

Dirección Postal:

Teléfonos: RES.: _____ OTROS: _____

Dirección del Establecimiento: _____
Calle, numero de edificio u oficina, pueblo, etc.

Email (Mandatorio): _____

Núm. Licencia de Distribuidor: _____

El Reglamento Número 8292 de 7 de diciembre de 2012 Capítulo IV, Artículo 4.01 establece los siguientes requisitos para obtener el Certificado para Despachar Medicamentos Veterinarios

- _____ **Solicitud** debidamente cumplimentada en todas sus partes.
- _____ Certificado **de Antecedentes Penales** expedido por la Policía de Puerto Rico dentro de los treinta (30) días precedentes a la fecha de radicación.
- _____ **Identificación** con foto al día y oficial o Tarjeta de Seguro Social.
- _____ Este certificado será renovado cada tres (3) años.
- _____ **Hacer pago** por la cantidad de **\$100.00 dólares** (No Reembolsables).
Métodos de pago: ATH, VISA, MASTERCARD o también puede pagar haciendo un **Giro Postal o Bancario** a nombre de **Secretario de Hacienda de Puerto Rico**.

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS.

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO

EXT. 6561 / EMAIL: gonzalez.juliany@salud.pr.gov

PO Box 10200, San Juan, PR 00908-0200 | 787-999-8989 | www.salud.pr.gov