



Certificado de Libre Regencia y/o actuación profesional

**MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN DIRECCION NACIONAL
DE HABILITACIÓN, FISCALIZACIÓN Y SANIDAD DE FROTERAS.**

El que suscribe
CUIL/CUIT N°, con domicilio electrónico
..... ,
declaro ser de Profesión y poseer Matrícula
Nacional N°, expedida por esta Dirección Nacional.

Manifiesto en carácter de **DECLARACIÓN JURADA**, que **NO**
desempeño cargo alguno en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos
Aires como Director Técnico u/o Auxiliar Farmacéutico a la fecha.

Asimismo, informo que, dicha Matrícula **NO REGISTRA NINGUNA**
SANCIÓN impuesta por esta Dirección Nacional de acuerdo con lo
normado en la Ley de Actividad Farmacéutica N° 17565 y su Decreto
Reglamentario N° 7123/68.

FIRMA Y SELLO DEL DECLARANTE

**DIRECCIÓN NACIONAL DE HABILITACIÓN,
FISCALIZACIÓN Y SANIDAD DE FRONTERAS**