

## SOLICITUD PARA CAMBIO DE DUEÑO, ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE ENTIDAD JURIDICA O PERSONA CON REGISTRO DE ESTABLECIMIENTO DE CANNABIS MEDICINAL

<b>Número de Solicitud o Licencia Aprobada</b> <small>(Para uso de la Oficina)</small>	<b>Fecha</b> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">             ____ / ____ / ____              día      mes      año           </div>
---	--

Debe llenar cada una de las partes de esta solicitud con claridad y en su totalidad. Debe de anejar a este formulario cualquier documentación adicional requerida. Si alguna respuesta o documentación adicional enumerada no aplica a su caso, indíquelo respondiendo con N/A.

**Se requiere la siguiente información adicional:**

Solicitante	N/A	Oficina	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia de resolución corporativa certificando el cambio de dueño o estructura organizacional de entidad jurídica.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia de cualquier enmienda hecha a los estatutos o "by-laws" de la entidad jurídica.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carta explicativa que incluya un desglose del nuevo porcentaje (%) de titularidad de propiedad entre todos los dueños resultado del cambio solicitado.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cada nuevo dueño, incluyendo individuos, dueños y accionistas de una corporación o entidad jurídica, deberá incluir la siguiente información:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afirmación y Consentimiento (CM-A-01).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorización de investigación de antecedentes personales y divulgación de información (CM-A-02).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorización para divulgar información (CM-A-03).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificación de antecedentes penales expedida dentro de los tres (3) meses previos a esta solicitud.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia de identificación con foto vigente expedida por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico o por el gobierno de los Estado Unidos de América.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si la persona tendrá propiedad sobre 51% o más del establecimiento de cannabis medicinal, deberá presentar prueba de residencia en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico por al menos 2 años previos a esta solicitud.

**Entrega de solicitud:**

- No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos.
- Debe incluir el pago del arancel correspondiente, según indicado en la Sección II de este formulario, el cual se puede hacer mediante cheque certificado, cheque de gerente o giro a nombre del Secretario de Hacienda. (Véase el Artículo 89 inciso (c) del Reglamento 8766 para el Uso, Posesión, Cultivo, Manufactura, Fabricación, Dispensación, Distribución e Investigación del Cannabis Medicinal).
- La Oficina de Sustancias Controladas y Cannabis Medicinal se reserva el derecho de requerir información y documentación adicional durante el proceso de investigación de cada solicitud. La información adicional deberá ser provista a la Oficina en o antes de siete (7) días a partir de que sea requerida, a menos que la Oficina indique otra cosa. Si el Solicitante no provee la evidencia o información requerida en o antes de la fecha límite establecida por la Oficina, esto puede resultar en la denegación de su solicitud.
- Debe someter su solicitud **personalmente** en el:
  - Departamento de Salud**
  - Oficina de Sustancias Controladas y Cannabis Medicinal**
  - 1506 Ave. Ponce de León, 3er Piso**
  - San Juan, Puerto Rico 00922**

**SECCIÓN I**      **Información General**

<b>Nombre del Establecimiento Registrado o Licenciado</b>			
<b>Nombre del dueño actual del Establecimiento Registrado o Licenciado</b>			
<b>Nombre del nuevo dueño</b>			
<b>Dirección postal de la persona</b>			
<b>Pueblo</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Correo Electrónico</b>
<b>Nombre del nuevo dueño</b>			
<b>Dirección postal de la persona</b>			
<b>Pueblo</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Correo Electrónico</b>



<b>Nombre del nuevo dueño</b>			
<b>Dirección postal de la persona</b>			
<b>Pueblo</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Correo Electrónico</b>
<b>Nombre del nuevo dueño</b>			
<b>Dirección postal de la persona</b>			
<b>Pueblo</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Correo Electrónico</b>

De necesitar más espacio para desglosar los nuevos dueños, favor de anejar una lista completa a este formulario.

SECCIÓN II		Arancel	
Tipo	Total de Aranceles de Solicitud pagados por el dueño del Establecimiento	Arancel por Solicitante	Total
CAMBIO DE DUEÑO		25% de la Solicitud	

<b>Total de aranceles a pagar</b>	\$ _____
<b>Nombre y firma del Solicitante</b>	<b>Fecha</b> _____/_____/_____ día mes año
<b>Nombre y firma del técnico que recibe los documentos</b> (Para uso de la Oficina)	<b>Fecha</b> _____/_____/_____ día mes año