



SOLICITUD DE LICENCIA PARA ESTABLECIMIENTO DE DISTRIBUCION DE CANNABIS MEDICINAL

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| Número de Solicitud Aprobada | Número de Licencia (Para uso de la Oficina) | Fecha de la Solicitud ____ / ____ / ____ día mes año |
|-------------------------------------|---|---|

Debe llenar cada una de las partes de esta solicitud con claridad y en su totalidad. Si alguna respuesta no aplica a su caso, indíquelo respondiendo con N/A. Se requiere una inscripción separada e individual en el registro por cada local, oficina, laboratorio, sucursal o establecimiento principal o de práctica profesional, donde el solicitante cultive, manufacture, produzca, distribuya, realice pruebas de calidad de laboratorio o dispense Cannabis Medicinal.

Formularios requeridos anejados y firmados (deben anejar a su solicitud los siguientes formularios completados y firmados):

Solicitante Uso oficial

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Copia de la escritura, contrato de arrendamiento, compraventa y otro documento que rija los términos y las condiciones del uso del establecimiento. Si él o la solicitante no es dueño, el documento que rija las condiciones de uso debe de reflejar que la propiedad será utilizada para la distribución de Cannabis Medicinal. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Certificación del CRIM. Debe incluir número de catastro de la propiedad objeto de la solicitud. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Informe de la propiedad - Este informe debe de ser narrativo e ilustrado con planos y fotografías. Debe incluir descripción, fotos y señalar en el plano las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Él área de administración donde se almacenarán los records. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Áreas de acceso limitado y acceso restringido. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El área de almacenaje de inventario. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Él área de carga y estacionamiento de flota. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Las entradas y salidas (portones, puertas y otras medidas de control de acceso). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Informe de Seguridad – Este informe debe ser narrativo e ilustrado con planos y fotografías. Debe incluir la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ubicación y posición de cámaras de seguridad. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Copias de contratos de servicios de seguridad. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ubicación y posición de bóveda con sistema de grabación. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Informe de Plan de Control de Inventario – Este informe debe ser narrativo, detallado y debe incluir la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sistema de Rastreo de Inventario que utilizará. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Detalles sobre el uso y manejo del Sistema de rastreo de inventario, el nombre del usuario del administrador designado, usuarios registrados y entrenamiento o capacitación para el uso del sistema. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Informe de inventario de flota. El informe debe incluir la siguiente información de cada vehículo que se vaya a utilizar para la transportación del cannabis medicinal: tablilla, marca, modelo, año, licencia, marbete, información sobre capacidad de carga, información sobre cualquier modificación especial y copia de toda certificación o impuestos que se hayan tramitado con la Comisión de Servicio Público. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Informe de Estándares de Procedimientos Operacionales – Este informe debe ser narrativo y debe incluir copia de todos los manuales de protocolos y procedimientos que desarrolle para el funcionamiento de su establecimiento. |

Entrega de solicitud:

- No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos.
- El arancel de la solicitud de licencia correspondiente al tipo de establecimiento que solicite será pagadero al momento de la solicitud de la inspección final.
- El solicitante tendrá un término de seis (6) meses contados a partir de la fecha en que se le emita una Notificación de Precualificación de Licencia para Establecimiento de Cannabis Medicinal para solicitar una inspección final del establecimiento. (Ver inciso D.2 del Artículo 24 del “Reglamento 8766 para el Uso, Posesión, Cultivo, Manufactura, Fabricación, Dispensación, Distribución e Investigación del Cannabis Medicinal”, según enmendado.)
- 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.
- Deberá entregar su solicitud **personalmente** en:
Oficina de Sustancias Controladas y Cannabis Medicinal
1506 Ave. Ponce de León, 3er Piso,
San Juan, Puerto Rico 00922.

SECCIÓN I Información General

| | |
|---|--|
| Nombre de la Corporación / Solicitante | |
| Nombre del dueño | |
| Dirección postal | |





| | | | |
|---|------------------------|--|---|
| Pueblo | | Código Postal | Teléfono |
| Nombre del establecimiento | | | |
| Dirección física del establecimiento | | | |
| Pueblo | | Código postal | Teléfono |
| Dirección postal | | | |
| Pueblo | | Código postal | Correo electrónico |
| ¿El dueño del establecimiento es dueño o arrendador de la propiedad a ser utilizada como ubicación del establecimiento? Aneje copia de la escritura, contrato de arrendamiento, compraventa y todo documento que rijan los términos y las condiciones del uso de la propiedad donde se ubica el establecimiento. <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Arrendador <input type="checkbox"/> Otro. Explique: _____ | | | |
| Nombre del dueño de la propiedad (En caso de arrendador) | | Vigencia del contrato de arrendamiento | |
| ¿Está el establecimiento ubicado fuera de los cien (100) metros de una escuela activa, centro pre-escolar o centro de cuidado de niños? Aneje un mapa con la localización del establecimiento y cien (100) metros radiales de éste. | | | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO |
| SECCIÓN II Información del Establecimiento | | | |
| Horario de Operación de la Facilidad | | | |
| Lunes: _____ a _____ | Viernes: _____ a _____ | | |
| Martes: _____ a _____ | Sábado: _____ a _____ | | |
| Miércoles: _____ a _____ | Domingo: _____ a _____ | | |
| Jueves: _____ a _____ | | | |
| SECCIÓN III Arancel y firma | | | |
| Total de aranceles a pagar Nota aclaratoria: el arancel por esta solicitud de licencia es pagadero al momento de la solicitud de INSPECCION FINAL del establecimiento. | | \$50,000.00 | |
| | | \$ _____ | |
| Nombre y firma del Solicitante | | Fecha _____/_____/_____ día mes año | |
| Nombre y firma del técnico que recibe los documentos (Para uso de la Oficina) | | Fecha _____/_____/_____ día mes año | |

