

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 el cultivo 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"/> El área de almacenaje de inventario la cual estará aislada y cerrada bajo estrictas medidas de seguridad, incluyendo cerraduras electrónicas o mecánicas, en todo momento. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El área de acceso limitado de administración donde se almacenarán bajo estrictos controles de seguridad los récords y records de control de inventario. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El área de carga y estacionamiento de vehículos. <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 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. Su informe debe incluir lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Copia de todo manual, informe u hoja de instrucciones que desarrolle para el funcionamiento de su establecimiento. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Modelo de plantilla a utilizar como Manifiesto por el establecimiento, que contenga la información establecida en el Reglamento.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Listado de todo empleado que labore en cada establecimiento a ser registrado. Los listados debe de estar acompañado de una copia de la Licencia Ocupacional de Cannabis Medicinal de cada empleado.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informe de inventario de flota. El informe debe incluir un inventario detallado de todos los vehículos de la flota que se vaya a utilizar para la transportación del cannabis medicinal. El informe debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marca, modelo y año. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tablilla. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Copia de licencia del vehículo con marbete al día. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Capacidad de carga. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Modificaciones especiales (si alguna). <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Certificaciones y/o impuestos de la Comisión de Servicio Público.

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
 Centro Médico Norte, Edificio A, Calle Periferal Interior, Bo. Monacillos, Río Piedras

SECCIÓN I		Información General	
Nombre de la Corporación / Solicitante			
Nombre del dueño			
Dirección física			
Pueblo	Código Postal	Correo Electrónico	
Dirección postal			
Pueblo	Código Postal	Teléfono	
Nombre del establecimiento			
Dirección física del establecimiento			
Pueblo	Código postal	Teléfono	
Dirección postal			
Pueblo	Código postal	Fax o Teléfono secundario	
¿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 trescientos cuatro punto ocho (304.8) metros de una escuela activa, centro pre-escolar o centro de cuidado de niños? Aneje un mapa con la localización del establecimiento y que muestre al menos una (1) milla radial de este.			<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 _____		
¿Cuenta la facilidad con Licencia Sanitaria? Indique: Lic # _____			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO

¿Cuenta la facilidad con el endoso del Cuerpo de Bomberos?			o SÍ o NO
Indique: Endoso # _____			
SECCIÓN III Tipo de Arancel y Firma			
Tipo	Arancel por establecimiento	Establecimientos propuestos	Arancel correspondiente
Distribución	\$50,000.00		
Total de aranceles a pagar		\$ _____	
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	