



### RENOVACIÓN DE LICENCIA ESTABLECIMIENTO DE CANNABIS MEDICINAL

<b>Número de Solicitud Inicial</b>	<b>Número de Licencia</b> (Para uso de la Oficina)	<b>Fecha de la Solicitud</b> ____ / ____ / ____ día mes año
------------------------------------	---	---

Debe llenar cada una de las partes de esta solicitud legible 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, fabrique, distribuya, investigue, 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"/>	Certificación de antecedentes penales expedido dentro de treinta (30) días previos a esta solicitud de cada integrante y de ser una entidad jurídica la que está solicitando el registro, de todos los dueños, socios, accionistas y miembros de la Junta de Oficiales o Junta de Directores.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificado de antecedentes criminales mediante la comparación de huellas dactilares (“background check”), de no más de tres (3) meses de la fecha en que fue emitido, de cada titular solicitante que tenga una participación mayor del cinco por ciento (5%).
<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"/>	Evidencia de autorización para hacer negocios en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. (Registro de Comerciante)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evidencia de no deuda en el Departamento de Hacienda.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evidencia de radicación de planillas. (Modelo SC 6088 emitido por el Departamento de Hacienda)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informe de Seguridad: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Copias de contratos de servicios de seguridad.</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ubicación del Centro de Comando</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contrato con la Compañía que brindará servicios para el Centro de Comando</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan de Control de Inventario: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contrato del Sistema de Rastreo de Inventario que utilizará.</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lista de administradores autorizados y certificado de adiestramiento correspondiente.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lista actualizada de empleados.

**Entrega de solicitud:**

- o No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos.
- o Los derechos de la solicitud de licencia correspondientes al tipo de establecimiento que solicite será pagadero al momento de la renovación.
- o La Junta Reglamentadora del 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 quince (15) días laborables 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.
- o Debe someter toda información referente a su solicitud en el orden provisto en este formulario.
- o Debe someter su solicitud **personalmente a la siguiente dirección: Oficina de la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal Edificio 1506 Ave. Ponce de León, Parada 22<sup>1/2</sup>, 3er Piso, San Juan, Puerto Rico 00922.**

**SECCIÓN I Información General**

<b>Nombre de la Corporación / Solicitante</b>	
---	--

**SECCIÓN II Tipo de Registro**

**CULTIVO**

Tipo	Área de Cultivo	Derechos por establecimiento	Área exacta del establecimiento:	Derechos correspondientes
Tipo A	Área de cultivo hasta 10,000 p <sup>2</sup>	<b>\$10,000.00</b>		
Tipo B	Área de cultivo de 10,001 p <sup>2</sup> hasta 20,000 p <sup>2</sup>	<b>\$15,000.00</b>		
Tipo C	Área de cultivo de 20,001 p <sup>2</sup> hasta 30,000 p <sup>2</sup>	<b>\$25,000.00</b>		
Tipo D	Área de cultivo 30,001 p <sup>2</sup> hasta 50,000 p <sup>2</sup>	<b>\$35,000.00</b>		
Tipo E	Área de cultivo de 50,001 p <sup>2</sup> en adelante	<b>\$40,000.00</b> (más \$1.00 por cada pie cuadrado en exceso de 50,001 p <sup>2</sup> )		



MANUFACTURA			
Área de Manufactura	Derechos por establecimiento	Tipo de Manufactura: (Extracción a base de agua o Extracción a base de químicos)	Derechos correspondiente
Área de manufactura hasta 5,000 p <sup>2</sup>	\$10,000.00		
Área de manufactura de 5,001 hasta 25,000 p <sup>2</sup>	\$20,000.00		
Área de manufactura de 25,001 p <sup>2</sup> en adelante	\$30,000.00		
DISPENSARIO			
Tipo	Derechos por establecimiento	Establecimientos propuestos	Derechos correspondiente
Dispensario	\$20,000.00		
TRANSPORTACIÓN			
Tipo	Derechos por establecimiento	Establecimientos propuestos	Derechos correspondiente
Transportación	\$10,000.00		
LABORATORIO			
Tipo	Derechos por establecimiento	Establecimientos propuestos	Derechos correspondiente
Laboratorio	\$25,000.00		
TOTAL DE DERECHOS			
<b>Total de derechos a pagar</b>		\$ _____	<p>Sello de Rentas Internas</p>
<b>Nombre y firma del Solicitante</b>		<b>Fecha</b> ____ / ____ / ____ día      mes      año	
<b>Nombre y firma del Inspector que recibe los documentos</b> (Para uso de la Oficina)		<b>Fecha</b> ____ / ____ / ____ día      mes      año	