

SOLICITUD DE REGISTRO SANITARIO
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES

USO OFICIAL

Solicitud N°:

Fecha de Recepción:

Timbre
Fiscal de
C\$ 10.00

1.- Tipo de Trámite

1.1.-Registro: _____ 1.2.-Renovación: _____ 1.3.-Renovación Modificación: _____ 1.4.-Modificación: _____

2.- Datos del Producto

2.1.- Nombre del Producto:

2.2.- Nombre de (I) o los principios activos:

2.3.- Forma Farmacéutica (cuando aplique): _____

2.4.- Vía de Administración: _____

2.5.- Presentación del Producto: _____

2.6.- Vida útil propuesta y condiciones de almacenamiento: _____

2.7. – Modalidad de Venta: _____

3.1.- Datos del Fabricante

3.1.1- Laboratorio Fabricante: _____

3.1.2.-País: _____ 3.1.3.-Dirección: _____

3.1.4.-Teléfono: _____ 3.1.5.- Correo Electrónico: _____

3.1.6.- Número de Licencia Sanitaria y fecha de vencimiento (sólo para nacionales): _____

3.2.- Datos del Acondicionador

3.2.1.- Laboratorio Acondicionador: _____

3.2.1-País: _____ 3.2.2.-Dirección: _____

3.2.3.-Teléfono: _____ 3.2.4.- Correo Electrónico: _____

4.- Datos del Titular

4.1.- Laboratorio Titular: _____

4.2-País: _____ 4.3.-Dirección: _____

4.4.-Teléfono: _____ 4.5.-Correo Electrónico: _____

5.- Datos del Importador/Distribuidor

5.1.- Nombre del o los Importadores/Distribuidores: _____

5.2.-Teléfono: _____ 5.3-Correo Electrónico: _____

5.5.- Dirección: _____

5.6.- Número de Licencia Sanitaria y fecha de vencimiento: _____

6.- Datos del Representante Legal

6.1.- Nombre del Representante: _____

6.2.- Número de Cédula de identidad: _____

6.3.-Dirección: _____

6.4.-Teléfono: _____ 6.5.-Correo Electrónico: _____

7.-Datos del Profesional Responsable

7.1.- Nombre del Profesional Responsable: _____

7.2.-Número de Cédula de identidad: _____

7.3.-Dirección: _____

6.4.-Teléfono: _____ 6.5.-Correo Electrónico: _____

Declaro que son ciertos y verdaderos todos los datos consignados en la solicitud y en el expediente, así como toda la documentación que le acompaña; por lo que acepto, sello y firmo.

Si los datos o información contenida en esta solicitud y demás documentos que se acompañe, es falsa o errónea, es motivo de la cancelación del Trámite.

Fecha de Presentación: _____

Número de Folios: _____

Firma y Sello del Profesional Responsable