



AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACION SANITARIA (ANRS)
SECCION DE ASESORIA JURIDICA (SAJ)

**FORMATO OFICIAL DE SOLICITUD DE AUTORIZACION DE CONTRATO DE MAQUILA o
MANUFACTURA, FABRICACION POR TERCEROS, Y ACUERDOS DE CALIDAD**

1. Fecha de Inscripción:	2. Número de Tramite: (uso interno ANRS)
3. Inscripción. Marque con una x el tipo de Contrato a presentar: <input type="checkbox"/> Acuerdo de Calidad. <input type="checkbox"/> Contrato de Fabricación o Maquila. <input type="checkbox"/> Contrato a Terceros	
4. Aplicable en: <input type="checkbox"/> Dirección de Farmacia. <input type="checkbox"/> Dirección de Alimento y Bebida. <input type="checkbox"/> Dirección de Dispositivos Médicos.	
5. Tipo de producto. (Marque con una X): <input type="checkbox"/> Dispositivos Médicos. <input type="checkbox"/> Medicamentos de Uso Humano Biológico y Biosimilares. <input type="checkbox"/> Medicamentos de Uso Humano Vacunas. <input type="checkbox"/> Medicamentos para uso Humano de Síntesis Química. <input type="checkbox"/> Productos Cosméticos. <input type="checkbox"/> Productos Naturales Medicinales para Uso Humano. <input type="checkbox"/> Alimento y Bebida. <input type="checkbox"/> Productos Suplementos Nutricionales.	
Detalle de productos (En caso de que el contrato o Acuerdo lo especifique):	
6. Datos del contratante: Nombre o Razón Social del Contratante: Domicilio: País: <input type="text"/> N° de Licencia Sanitaria <small>Nota 1:</small>	
7. Datos del contratado Nombre o Razón Social del Contratado: Domicilio: País: <input type="text"/> N° de Licencia Sanitaria <small>Nota 1:</small>	
Observaciones: (Detallar cualquier observación relevante al Trámite): Declaro que la información anteriormente descrita es cierta y verdadera, por lo que autorizo a la Autoridad Nacional de Regulación Sanitaria (ANRS) para comprobar la veracidad de esta en su totalidad, aplicándose las sanciones correspondientes establecidas en marco regulatorio vigente, en caso de que la información declarada no sea verídica Nota 1: Para el caso de fabricantes nacionales.	
Número de Folio del documento:	
HACIA NUEVAS VICTORIAS!	
Nombre/Firma/Sello /Profesional	Nombre/Firma/Sello /ANRS



¡CRISTIANA, SOCIALISTA, ¡SOLIDARIA!
AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACION SANITARIA
DIRECCION GENERAL

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios,
Costado oeste Colonia 1ero. de Mayo, Managua, Nicaragua.
PBX (505) 22647730– 22647630 – Página web: www.minsa.gob.ni