

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN SANITARIA
DE PRODUCTOS HIGIÉNICOS

USO OFICIAL

Solicitud N°:

Timbre
Fiscal

Fecha de Recepción:

A.- Categoría de Inscripción

A.1.- Nuevo: _____

A.2. Renovación: _____

B.- Datos del Producto

B.1.- Nombre Comercial del Producto:

B.2.- Tipo de Producto Higiénico: _____

B.3.- Uso: _____

C.- Datos del Laboratorio Fabricante

C.1.- Nombre del Fabricante: _____

C.2.- Razón o Dominación Social: _____

C.3.- Dirección: _____

C.3.- País: _____ C.4.- Teléfono: _____ C.5.- Fax: _____

C.6.- Correo Electrónico: _____

D.- Datos del Titular

D.1.- Nombre del Titular: _____

D.2.- Dirección: _____

D.3.- País: _____ D.4.- Teléfono: _____ D.5.- Fax: _____

D.6.- Correo Electrónico: _____

E.- Datos del Importador o Distribuidor

E.1.- Nombre o Razón Social: _____

E.2.- Número de Identificación: _____

E.3.- Dirección: _____

E.4.- Teléfono: _____ E.5.- Fax: _____

E.6.- Correo Electrónico: _____

E.7.- Número de Licencia Sanitaria o Permiso de Funcionamiento Vigente: _____

F.- Datos del Representante Legal

F.1.- Nombre del Representante: _____
F.2.- Número de Identificación: _____
F.3.- Dirección: _____
F.4.- Teléfono: _____ F.5- Fax: _____
F.6- Correo Electrónico: _____

G.- Datos del Profesional Responsable

G.1.- Nombre del Profesional Responsable: _____
G.2.- Número de Identificación: _____ G.3.- Dirección: _____
G.4.- Teléfono: _____ G.5.- Fax: _____
G.6.- Correo Electrónico: _____
G.7.- Número de Inscripción en el Organismo Regulador (cuando aplique): _____

Se declara que la información anteriormente descrita es verdadera y se autoriza al Ministerio de Salud comprobar la veracidad de la misma.

Fecha de Presentación: _____

Número de Folios: _____

Firma y Sello del Profesional Responsable del Trámite de la Inscripción