

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN **CONTRA RIESGOS SANITARIOS**

CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS





USO EXCLUSIVO COFEPRIS

163300421C0720

29/04/2016

11:22 hrs.

FORMATO DE COFEPRIS-04

Tipo de Trámite: 021

Homoclave del Trámite: COFEPRIS-04-021-C

Subtipo: SOLICITUD DE PRÓRROGA DEL REGISTRO SANITARIO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

C. PRODUCTOS DE IMPORTACIÓN

(FABRICACIÓN EXTRANJERA) (EQUIPOS MÉDICOS, PRÓTESIS, ORTESIS, AYUDAS

Modalidad: FUNCIONALES, AGENTES DE DIAGNÓSTICO, INSUMOS DE USO ODONTOLÓGICO,

MATERIAL QUIRÚRGICO, DE CURACIÓN, PRODUCTOS HIGIÉNICOS, INSTRUMENTAL

Y OTROS DISPOSITIVOS DE USO MÉDICO)

R.F.C. O C.U.R.P.:	AIM 9307162M9				
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	ARROW INTERNACIONAL DE MEXICO S.A. DE C.V.				
DOMICILIO:	AV. INDUSTRIA AUTOMOTRIZ 128-C EDIFICIO A-2 (DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE BOMI DE MEXICO)				
REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE SANITARIO :	RODOLFO ALBERTO CALIXTO MARTINEZ				
NÚMERO DE INGRESO DE REFERENCIA :	Secretaini us sei du				
ANEXOS:	OTROS: ANEXA PAGO, UN BLOQUE DE INFORMACIÓN Y COPIA CERTIFICADA DE INSTRUMENTO NOTARIAL.				
REGISTRO SANITARIO:	2 9 402, 2016				
NÚM. DE BOLSA DE INF. CONFIDENCIAL:					
NÚM. FOLIO DE BOLSA DE INF. CONFIDENCIAL:					
MODO DE INGRESO Y ENTREGA:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VENTANILLA				

Para obtener información sobre la disponibilidad de sus trámites usted podrá consultarnos en nuestra página www.cofepris.gob.mx en "Trámites Disponibles" o bien comunicarse al Centro de Atención Telefónica al número: 01 800 033 5050.

Si la resolución de su trámite se encuentra disponible podrá recogerla contra entrega de este comprobante de trámite original en el Centro Integral de Servicios, donde permanecerán disponibles durante 30 días naturales y solo será entregada al representante legal, responsable sanitario o personas autorizadas notificadas ante ésta Comisión Federal previa presentación de identificación oficial.

Próvioga, 01002E2000 SSA

Autorizaciones, Certificados y Visitas

Homoclave del formato	
FF-COFEPRIS-01	
Número de RUPA	

Uso exclusivo de la COFEPRIS Número de ingreso

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos. Llenar con letra de molde legible o máquina o computadora.

Nombre:

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave:

SOLICITUD DE PRÓRROGA DEL REGISTRO SANITARIO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS COFEPRIS-04-021-C

C - PRODUCTOS DE IMPORTACIÓN (FABRICACIÓN EXTRANJERA).

Modalidad:

(EQUIPOS MÉDICOS, PRÓTESIS, ÓRTESIS, AYUDAS FUNCIONALES, AGENTES DE DIAGNÓSTICO, INSUMOS DE USO ODONTOLÓGICO, MATERIAL QUIRÚRGICO, DE CURACIÓN, PRODUCTOS HIGIÉNICOS, INSTRUMENTAL Y OTROS DISPOSITIVOS DE USO MÉDICO)

2. Datos del propietario

Persona física RFC: CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: Teléfono (lada y número): Correo electrónico:

Persona moral

AIM 930716 2M9 Denominación o razón social:

ARROW INTERNACIONAL DE MÉXICO, S.A. DE C.V.

Representante legal o apoderado que solicita el trámite

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Teléfono (lada y número):

Correo electrónico:

Domicilio fiscal de la empresa

Código postal: 03100

Calle: AV. INSURGENTES SUR

(Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada,

terracerían entre otros.)

Número exterior: 800 Número interior:

PISO 21

Colonia: DEL VALLE

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo. Colonia, privada, condominio, hacienda, entre

Localidad:

Municipio o delegación:

BENITO JUÁREZ

Estado o Distrito Federal:

CIUDAD DE MÉXICO

Entre que calles (tipo y nombre):

LOS ÄNGELES Y PASADENA

Calle posterior (tipo y nombre):

MAGDALENA

Teléfono (lada y número):

(+52) 55 5002-3500

"De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"







Contacto:

otros)

3. Datos del establecimiento

RFC:

AIM 930716 2M9

Denominación o razón social:

ARROW INTERNACIONAL DE MÉXICO, \$.A. DE C.V.

Indique la clave y descripción del giro que corresponda a el establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte:

Clave SCIAN

Descripción del SCIAN

435313

COMERCIO AL POR MAYOR DE MOBILIARIO, EQUIPO E INSTRUMENTAL MÉDICO Y DE

LABORATORIO (EXCEPTO MOBILIARIO MÉDICO)

M JV

M 3

Fecha de inicio de operaciones:

Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento:

Responsable sanitario

AVISO DE FUNCIONAMIENTO

Horario de operaciones (marcar con una X):

RFC:

CAMR 761003 6S8

CURP (opcional):

Nombre(s):

RODOLFO ALBERTO

Primer apellido:

Segundo apellido: MARTINEZ

CALIXTO

Domicilio del establecimiento

Código postal:

50070

Calle:

AV. INDUSTRIA AUTOMOTRIZ (DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE BOMI DE MÉXICOL

(Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada,

terracerian entre otros.)

128-C

Número interior:

EDIFICIO A-2

Número exterior:

Colonia: PARQUE INDUSTRIAL EL COECILLO

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre

Localidad:

Municipio o delegación:

TOLUCA

Sólo para el alta de licencia sanitaria

Estado o Distrito Federal:

ESTADO DE MEXICO

нн мм

Entre que calles (tipo y nombre):

BENITO JUAREZ GARCIA Y

a

HH MM

TENOCHTITLAN

Calle posterior (tipo y nombre):

INDUSTRIA AUTOMOTRIZ

Teléfono (lada y número):

(01-722) 249 2002

Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s)

Representante legal

CURP (opcional):

Nombre(s):

MARÍA GUADALUPE

Primer apellido:

ZURITA

Segundo apellido: ALDRETE

Teléfono (lada y número): (+52) 55 5002-3515

Correo

electrónico:

lupita.zurita@teleflex.com

Persona autorizada

CURP (opcional):

Nombre(s):

RODOLFO ALBERTO

Primer apellido:

CALIXTO

Segundo apellido:

MARTINEZ

Teléfono (lada y número):

Correo

electrónico:

rodolfo.calixto@teleflex.com

(+52) 55 5002-3503







Contacto:

Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles; Delegación Benito Juarez, Distrito Federal, C.P. 03810. Teléfono 01-800-033-5050 contacto@cofepris.gdb.mx

Página 2 de 11

Representante legal	Persona autorizada
CURP (opcional):	CURP (opcional):
Nombre(s):	Nombre(s): CRISTINA
Primer apellido:	Primer apellido: ÁVILA
Segundo apellido:	Segundo apellido: PÉREZ
Teléfono (lada y número):	Teléfono (lada y número): (+52) 55 5002-3526
Correo electrónico:	Correo cristina.avila@teleflex.com electrónico:
Representante legal	Persona autorizada
CURP (opcional):	CURP (opcional):
Nombre(s):	Nombre(s):
Primer apellido:	Primer apellido:
Segundo apellido:	Segundo apellido:
Teléfono (lada y número):	Teléfono (lada y número):
Correo electrónico:	Correo electrónico:
	Número de documento:
Seleccione una opción: Modificación Prórroga Dice / condición autorizada	Número de documento: Debe decir / condición solicitada
Seleccione una opción: Modificación Prórroga	Número de documento:
Seleccione una opción: Modificación Prórroga Dice / condición autorizada	Número de documento:
Seleccione una opción: Modificación Prórroga Dice / condición autorizada	Número de documento: Debe decir / condición solicitada
Seleccione una opción: Modificación Prórroga Dice / condición autorizada 5. Dato	Número de documento: Debe decir / condición solicitada s del producto
Seleccione una opción: Modificación Prórroga Dice / condición autorizada 5. Dato Producto Nombre de la clasificación del producto o servicio:	Número de documento: Debe decir / condición solicitada s del producto
Seleccione una opción: Modificación Prórroga Dice / condición autorizada 5. Dato Producto Nombre de la clasificación del producto o servicio: DISPOSITIVO MÉDICO 2) Especificar: INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO	Número de documento: Debe decir / condición solicitada s del producto Producto 1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:
Seleccione una opción: Modificación Prórroga Dice / condición autorizada 5. Dato Producto Nombre de la clasificación del producto o servicio: DISPOSITIVO MÉDICO 2) Especificar: INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO 3) Denominación especifica del producto:	Número de documento: Debe decir / condición solicitada s del producto Producto 1) Nombre de la clasificación del producto o servicio: 2) Especificar:
Seleccione una opción: Modificación Prórroga Dice / condición autorizada 5. Dato Producto Nombre de la clasificación del producto o servicio: DISPOSITIVO MÉDICO 2) Especificar: INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO	Número de documento: Debe decir / condición solicitada s del producto Producto 1) Nombre de la clasificación del producto o servicio: 2) Especificar:







	científico o identificador único de la OCDE:	científico o identificador único de la OCDE:
INS	TRUMENTAL MÉDICO QUIRÚRGICO	
6)	Forma farmacéutica o forma física: SOLIDA	6) Forma farmacéutica o forma física:
7)	Tipo de producto: TERMINADO	7) Tipo de producto:
8)	Fracción arancelaria:	8) Fracción arancelaria:
9)	Cantidad de lotes:	9) Cantidad de lotes:
10)	Unidad de medida:	10) Unidad de medida:
11)	Cantidad o volumen total:	11) Cantidad o volumen total:
12)	Número de piezas a fabricar:	12) Número de piezas a fabricar:
13)	Kilogramos o gramos por lote:	13) Kilogramos o gramos por lote:
14)	Número de permiso sanitario de importación o exportación o clave alfanúmerica:	14) Número de permiso sanitario de importación o exportación o clave alfanúmerica:
15)	Número de registro sanitario: 01002E2000 SSA	15) Número de registro sanitario:
16)	Número de acta:	16) Número de acta:
17)	Presentación: PRESENTACIONES APROBADAS EN EL OFICIO DE REGISTRO SANITARIO	17) Presentación:
18)	Uso específico o proceso: 11 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 21 22 23 24 25 26 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	18) Uso específico o proceso: 11 12 13 14 15 16 17 18 19 2
19)	Clave del(de los) lote(s):	19) Clave del(de los) lote(s):
20)	Indicaciones de uso:	20) Indicaciones de uso:
21)	Concentración:	21) Concentración:
22)	Indicaciones terapéuticas:	22) Indicaciones terapéuticas:
23)	Fecha de fabricación:	23) Fecha de fabricación:
24)	Fecha de caducidad:	24) Fecha de caducidad:
25)	Temperatura de almacenamiento:	25) Temperatura de almacenamiento:
26)	Temperatura de transporte:	26) Temperatura de transporte:
27)	Medio de transporte o aduana de entrada:	27) Medio de transporte o aduana de entrada:
28)	Identificación de contenedores:	28) Identificación de contenedores:
29)	Envase primario: BOLSA DE POLIPAPEL	29) Envase primario:
30)	Envase secundario: CAJA DE CARTÓN CORRUGADA	30) Envase secundario:
31)	Tipo de embalaje y número de unidades de embalaje:	31) Tipo de embalaje y número de unidades de embalaje:
32)	Número de partida:	32) Número de partida:
	Clave del cuadro básico o catálogo del sector salud (CBSS):	Clave del cuadro básico o catálogo del sector salud (CBSS):
	se s	out of oradio pasion o catalogo del sector salud (CBSS).







24) Personal distribution of the standards and the standards are	24) Presentación destinada e:
34) Presentación destinada a:	34) Presentación destinada a:
Exportación Genérico Sector Salud Vent	
35) Fabricación del producto:	35) Fabricación del producto:
Nacional Extranjero	Nacional Extranjero
36) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):	36) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):
37) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:	37) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:
38) Tipo de organismo genéticamente modificado (OGM) sólo producto por solicitud:	o un 38) Tipo de organismo genéticamente modificado (OGM) sólo un producto por solicitud:
39) Número de programa IMMEX (sólo para empresas que e dentro del programa para la industria manufacturera, maquila y de servicios de exportación):	
Nota: Reproducir Datos del Producto, tantas veces como sea necesario con	nforme a lo establecido en cada tipo de trámite.
6. Info	ormación para certificados
Uso del certificado (para exportación, registro, prórroga y otros):	País destino:
Especificar características:	
7. Informacion	n para protocolo de investigación
Marca con una X el tipo de protocolo a realizar:	uevo Modificación o enmienda
Título del protocolo:	
Vía de administración (medicamentos o dispositivos médicos):	
Nombre del investigador principal:	
Nombre(s) de la(s) institución(es) donde se realizará la investigació	ón:
8. Información para re	egistro sanitario de insumos para la salud
8.A.	Para producto maquilado
Porsona fising	Dates del servicioni de la constante
Persona física RFC (a):	Datos del responsable sanitario
IM.O	N°C.







Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: Persona moral RFC (6): Persona física Persona moral RFC (6): Denominación o razón social: CURP (epocnat): Nombre (s): Persona física Persona física Persona física Persona moral RFC (6): Denominación o razón social: CURP (epocnat): Nombre (s): Persona física Persona física Persona moral RFC (6): Denominación o razón social: CURP (epocnat): Nombre (s): Persona física Persona física Persona moral RFC (6): Denominación o razón social: TELEFLEX MEDICAL Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK Municipio o delegación: RESEARCH TRIANGLE PARK Norricipio delegación: RESEARC	CURP (opcional):	CURP (opcional):		
Primer apellido: Segundo apellido: Segundo apellido: Segundo apellido: Segundo apellido: Segundo apellido: Segundo apellido: Teléfono (lada y número): Fax (lada y número): Correo electrónico: Correo electrónico: Etapa del proceso de fabricación: Número de licencia sanitaria o aviso de funcionamiento: Domicilio para producto maquillado Codigo postal: Calle: Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: (Tipo de sentamiento humano por gemplo: Avenda boulevard. calle. carretera, camno, privada. (Tipo de sentamiento humano por gemplo: Cotona, privada, condumino, hacenda, entre otros) 8.B. Datos del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales REC [41]: CURP (cocona): Nombre (8): Persona física Persona moral REC [43]: Denominación o razón social: TELEFLEX MEDICAL TELEFLEX MEDICAL TELEFLEX MEDICAL TELEFLEX MEDICAL TELEFLEX MEDICAL Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: NORDIFO del servicio del responso d		(a)		
Segundo apellido: Persona moral RFC (##): Denominación o razón social: Etapa del proceso de fabricación: Número de licencia sanitaria o aviso de funcionamiento: Domicilio para producto maquillado Código postal: Calle: (**Tipo de validad por ejemplo Avenda, boulevard, calle, cametera, camino, privada, la segundo apellido: (**Tipo de validad por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de asentamiento humano por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de sasentamiento humano por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de asentamiento humano por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de asentamiento humano por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de asentamiento humano por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de asentamiento humano por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de asentamiento humano por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de asentamiento humano por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de asentamiento humano por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de asentamiento humano por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de asentamiento humano por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de asentamiento humano por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de asentamiento humano por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de asentamiento humano por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de asentamiento humano por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de asentamiento humano por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de asentamiento humano por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de asentamiento humano por ejemplo Cócnia, privada, condominio, hacienda, entre (**Tipo de asentamiento humano po	Consult Consul	4		
RFC (6): Denominación o razón social: Denominación o razón social: Etapa del proceso de fabricación: Número de licencia sanitaria o aviso de funcionamiento: Domicilio para producto maquillado Código postal: Calle: Calle: Calle: Calle: Calle: Colonia: Colonia: REC (6): B. Datos del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales RFC (6): Denominación o razón social: Denominación o razón social: Colonia: Colonia: Colonia: Denominación o razón social: TELEFLEX MEDICAL Localidad: Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: Entre que calles (upo y nomero): Calle posterior (tipo y nomero): Calle posterior (tipo y nomero): Teléfono (lada y número): Estado o Distrito Federal: Entre que calles (upo y nomero): Calle posterior (tipo y nomero): Telefono (lada y número): Estado o Distrito Federal: Entre que calles (upo y nomero): Calle posterior (tipo y nomero): Telefono (lada y número): Estado o Distrito Federal: Entre que calles (upo y nomero): Calle posterior (tipo y nomero): Calle posterior (tipo y nomero): Telefono (lada y número): Estado o Distrito Federal: Entre que calles (upo y nomero): Calle posterior (tipo y nomero): Telefono (lada y número): Estado o Distrito Federal: Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: Número exterior: Número exterior: Número exterior: Número interior: Estado o Distrito Federal: Elado o Distrito Federal: Elapa del descripción: Telefono (lada y número): Estado o Distrito Federal: REC (a): Denominación o nacionales Localidad: REC (a): Denominaci				
Part (lad y numero): Correo electrónico: Municipio o delegación: Correo electrónico: Correo electrónico: Municipio o delegación: Correo electrónico: Municipio o delegación: Correo electrónico: Correo electrónico: Correo electrónico: Correo electrónico: Municipio o delegación: Correo electr				
Denominación o razón social: Correo electrónico: (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. Etapa del proceso de fabricación: Número de licencia sanitaria o aviso de funcionamiento: Domicilio para producto maquilado Código postal: Calle: Localidad: Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: Estado o Distrito Federal: Entre que calles ((poy nombre)): Colonia: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condomino, hacienda, entre otros) 8.B. Datos del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Persona física Persona moral RFC (a): CURP (opocnal): Nombre (s): Primer a pellidio: (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Código postal: 27709 Calle: WECK DRIVE Telefono (lada y número): Telefono (lada y número): Telefono (ada y número): Telefono				
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. Etapa del proceso de fabricación: Número de licencia sanitaría o aviso de funcionamiento: Domicilio para producto maquilado Código postal: Colleria: Circo de vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carrietra, camino, privada (Estado o Distrito Federal: Persona fisica Persona moral RFC (a): CURP (poponal): Nombre(s): Primer apellido: Código postal: 27709 Colleia: WECK DRIVE Tipo de validad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, controlidad recepinação Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, controlidad recepinação Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, Estado o Distrito Federal: NORTH CAROLINA País: E.U.A.				
Etapa del proceso de fabricación: Número de licencia sanitaria o aviso de funcionamiento: Domicilio para producto maquilado Código postal: Calle: Calle: Unicipo de validad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, Estado o Distrito Federal: Número exterior: Número exterior: Número exterior: Número exterior: Número interior: Colonia: (Too de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condomino, hacienda, entre Teléfono (lada y número): REG. (a): CURP (coconal): Nombre (s): Primer apellido: Segundo aplidio: (a) Sólo cuando el establecemiento sea nacional. Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Codígo postal: 27709 Calle: WECK DRIVE Too de validad ze establecemiento sea nacional. Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: NORTH CAROLINA País: E.U.A.		Control dicalionings.		
Domicilio para producto maquilado Código postal: Calle: Calle: Cipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard. calle, carretera, camino, privada, totrase efian entre circa (pipo y nombre): Colonia: Colonia: Colonia: Colonia: Colonia: B.B. Datos del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Persona física Persona moral RFC (e): Denominación o razón social: TELEFLEX MEDICAL Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Código postal: Z7709 Calle: WECK DRIVE To de vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, contro privada, contro privada, contro privada, contro privada, calle, carretera, camino, privada, contro circas) Número exterior: 2917 Número interior: Domicilio ferior: Domici	(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.			
Código postal: Calle: Calle: Cipo de vialdad por ejemplo Avenida, boulevard calle, cametera, camino, privada. Número exterior: Número interior: Número interior: S.B. Datos del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Persona física Persona física Persona moral RFC (a): CURP (opecional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. Domicillo del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Código postal: Z7709 Calle: WECK DRIVE Tipo de vialdad y número): Estado o Distrito Federal: Número interior: Domicillo del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: NOMERO O delegación: Estado o Distrito Federal: NORTH CAROLINA País: EU.A.	Etapa del proceso de fabricación:			
Código postal: Calle: Calle: Calle: Cirpo de validad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracarian entre otros) Número exterior: Número interior: Colonia: Cipo de asentamiento humano por ejemplo Colonia, privada, condominio, hacienda, entre Teléfono (lada y número): Teléfono (lada y número): Teléfono (lada y número): RFC (a): CURP (opocinal): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: Domicillo del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Domicillo del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales RFC (a): Denominación o razón social: TELEFLEX MEDICAL Denominación o nacionales Código postal: Z7709 Calle: WECK DRIVE Tipo de asentamiento humano por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, recarreteriar, camino, privada, recarreterior: Estado o Distrito Federal: Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: NORTH CAROLINA País: E. U.A.	Número de licencia sanitaria o aviso de funcionamiento:			
Código postal: Calle: Calle: Calle: Cirpo de validad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracarian entre otros) Número exterior: Número interior: Colonia: Cipo de asentamiento humano por ejemplo Colonia, privada, condominio, hacienda, entre Teléfono (lada y número): Teléfono (lada y número): Teléfono (lada y número): RFC (a): CURP (opocinal): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: Domicillo del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Domicillo del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales RFC (a): Denominación o razón social: TELEFLEX MEDICAL Denominación o nacionales Código postal: Z7709 Calle: WECK DRIVE Tipo de asentamiento humano por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, recarreteriar, camino, privada, recarreterior: Estado o Distrito Federal: Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: NORTH CAROLINA País: E. U.A.				
Calle: (Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, testado o Distrito Federal: Estado o Distrito Federal: Entre que calles (tipo y nombre): Calle posterior (tipo y nombre): Calle posterior (tipo y nombre): Calle posterior (tipo y nombre): Teléfono (lada y número): 8.B. Datos del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Persona física Persona moral RFC (a): CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Código postal: 27709 Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: Entre que calles (tipo y nombre): Calle posterior (tipo y nombre): Teléfono (lada y número): Teléfono (lada y número): Telefono (lada y número): NESEARCH TRIANGLE PARK Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: NORTH CAROLINA País: Estado o Distrito Federal: NORTH CAROLINA País:	Domicilio para	producto maquilado		
(Tipo de vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada. Estado o Distrito Federal: Entre que calles (tipo y nombre): Calle posterior (tipo y nombre): Calle posterior (tipo y nombre): Teléfono (lada y número): 8.B. Datos del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Persona física Persona moral RFC (a): CURP (opoinal): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Código postal: 27709 Calle: WECK DRIVE Tipo de vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, privada, privada, vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, país: Estado o Distrito Federal: Entre que calles (tipo y nombre): Calle posterior (tipo y nombre): Teléfono (lada y número): Teléfono (lada y número	Código postal:	Localidad:		
terracerian entre ctros.) Número exterior: Número exterior: Número interior: Colonia: (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros) 8.B. Datos del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Persona física Persona física Persona moral RFC (a): CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: Segundo apellido: Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: NORTH CAROLINA País: Estado o Distrito Federal: NORTH CAROLINA	Calle:	Municipio o delegación:		
Número exterior: Número interior: Entre que calles (tipo y nombre): Colonia: Calle posterior (tipo y nombre): Teléfono (lada y número): Teléfono (lada y	(Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerían entre otros.)	Estado o Distrito Federal.		
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros) 8.B. Datos del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Persona física Persona moral RFC (a): Denominación o razón social: TELEFLEX MEDICAL Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: NORTH CAROLINA País: Estado o Distrito Federal: NORTH CAROLINA País: E.U.A.	Número exterior: Número interior:			
8.B. Datos del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Persona física Persona moral RFC (a): CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. Domicillo del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Código postal: 27709 Calle: WECK DRIVE Tipo de visilidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, erracerían entre otros.) Número exterior: 2917 Número interior: Persona moral RFC (a): Denominación o razón social: TELEFLEX MEDICAL Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: NORTH CAROLINA País: Estado o Distrito Federal: NORTH CAROLINA País: E.U.A.	Colonia:	Calle posterior (tipo y nombre):		
Persona física RFC (a): CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Código postal: 27709 Calle: WECK DRIVE Tipo de vialidad por ejemplo. Avenida. boulevard. calle. carretera. camino. privada. erracerian entre otros.) Número exterior: 2917 Número interior: Persona moral RFC (a): Denominación o razón social: TELEFLEX MEDICAL TeleFLEX MEDICAL Te	(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)	Teléfono (lada y número):		
Persona física RFC (a): CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Código postal: 27709 Calle: WECK DRIVE Tipo de vialidad por ejemplo. Avenida. boulevard. calle. carretera. camino. privada. erracerian entre otros.) Número exterior: 2917 Número interior: Persona moral RFC (a): Denominación o razón social: TELEFLEX MEDICAL TeleFLEX MEDICAL Te				
RFC (a): CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: Segundo apellido: (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Código postal: 27709 Calle: WECK DRIVE Tipo de vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, erracerían entre otros.) Número exterior: 2917 Número interior: RFC (a): Denominación o razón social: TELEFLEX MEDICAL TELEFLEX MEDICAL TELEFLEX MEDICAL TELEFLEX MEDICAL TELEFLEX MEDICAL TELEFLEX MEDICAL TELEFLEX MEDICAL TELEFLEX MEDICAL TELEFLEX MEDICAL TE	8.B. Datos del fabricante en el extranje	ro para productos de importación o nacionales		
RFC (a): CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Código postal: 27709 Calle: WECK DRIVE Tipo de vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, erracerían entre otros.) Número exterior: 2917 Número interior: RFC (a): Denomínación o razón social: TELEFLEX MEDICAL TELEFLE	Persona física	Persona moral		
Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: Segundo apellido: Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Código postal: 27709 Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK Calle: WECK DRIVE Tipo de vialidad por ejemplo. Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, erracerian entre otros.) Número exterior: 2917 Número interior: TELEFLEX MEDICAL TELEFLEX MEDICAL TELEFLEX MEDICAL Autorità o nacionales Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: NORTH CAROLINA País: E.U.A.	RFC (a):	RFC ^(a) :		
Primer apellido: Segundo apellido: (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Código postal: 27709 Calle: WECK DRIVE Tipo de vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, erracerian entre otros.) Número exterior: 2917 Número interior: Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK Municipio o delegación: Estado o Distrito Federal: NORTH CAROLINA País: E.U.A.	CURP (opcional):	Denominación o razón social:		
Segundo apellido: (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional. Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Código postal: 27709 Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK Calle: WECK DRIVE Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, erracerian entre otros.) Número exterior: 2917 Número interior: País: E.U.A.	Nombre(s):	TELEFLEX MEDICAL		
Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Código postal: 27709 Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK Calle: WECK DRIVE Tipo de vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, erracerian entre otros.) Número exterior: 2917 Número interior: País: E.U.A.	Primer apellido:			
Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales Código postal: 27709 Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK Calle: WECK DRIVE Tipo de vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, erracerian entre otros.) Número exterior: 2917 Número interior: País: E.U.A.	Segundo apellido:			
Código postal: 27709 Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK Calle: WECK DRIVE Tipo de vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, erracerían entre otros.) Número exterior: 2917 Número interior: País: E.U.A.	(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.			
Código postal: 27709 Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK Calle: WECK DRIVE Tipo de vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, erracerían entre otros.) Número exterior: 2917 Número interior: País: E.U.A.				
Calle: WECK DRIVE Tipo de vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, erracerían entre otros.) Número exterior: 2917 Número interior: País: E.U.A.	Domicilio del fabricante en el extranjero	para productos de importación o nacionales		
Tipo de vialidad por ejemplo. Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, erracerian entre otros.) Número exterior: 2917 Número interior: E.U.A.	Código postal: 27709	Localidad: RESEARCH TRIANGLE PARK		
Tipo de vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, erracerian entre otros.) Número exterior: 2917 Número interior: E.U.A.	Calle: WECK DRIVE	Municipio o delegación:		
Número exterior: 2917 Número interior: País: E.U.A.	(Tipo de vialidad por ejemplo Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerian entre otros.)	Estado o Distrito Federal: NORTH CAROLINA		
Colonia: Entre que calles (tipo y nombre):		País: E.U.A.		
RESIDENCE STORE TO A STORE THE PROPERTY OF THE	Colonia:	Entre que calles (tipo y nombre):		







otros)	c Colonia, privada, condominio, hacienda, entre	Calle posterior (tipo y nombre):			
ota: En caso de ser más de un fabrican	te, podrá reproducir esta sección cuantas ve	ces sea necesario.			
	8.C. Datos del proveedor o di	istribuidor (para insumos para la sa	ılud)		
Perso	ona física	Р	ersona moral		
RFC (a):		RFC ^(a) : AIM 930716 2M9 Denominación o razón social:			
CURP (opcional):					
Nombre(s):		ARROW INTERNACIONAL D	E MÉXICO, S.A. DE C.V.		
Primer apellido:					
Segundo apellido:					
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacion	nal.				
	Domicilio del proveedor o dist	tribuidor (para insumos para la salu	nd)		
Código postal (a): 03100		Localidad:			
Calle: AV. INSURGENTES SUR		Municipio o delegación (a):	BENITO JUAREZ		
Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, erracerían entre otros.)	boulevard, calle, carretera, camino, privada,	Estado o Distrito Federal (a):	CIUDAD DE MÉXICO		
Número exterior: 800	Número interior: PISO 21	Entre que calles (tipo y nombre):	LOS ANGELES Y PASADENA		
vullielo exterior. 000					
Colonia: DE VALLE Tipo de asentamiento humano por ejemplo	e Colonia, privada, condominio, hacienda, entre te o distribuidor, podrá reproducir esta secció	Calle posterior (tipo y nombre).	MAGDALENA		
Colonia: DE VALLE (Tipo de asentamiento humano por ejemplo otros) ota: En caso de ser más de un fabrican		Calle posterior (tipo y nombre).			
Colonia: DE VALLE Tipo de asentamiento humano por ejemplo- toros) ta: En caso de ser más de un fabrican: 8.0	te o distribuidor, podrá reproducir esta secció D. Datos del establecimiento que acon	Calle posterior (tipo y nombre): ón cuantas veces sea necesario. dicionará o almacenará los insumo	os para la salud		
Colonia: DE VALLE Tipo de asentamiento humano por ejemplo tros) ta: En caso de ser más de un fabrican 8.0	te o distribuidor, podrá reproducir esta secció	Calle posterior (tipo y nombre). on cuantas veces sea necesario. dicionará o almacenará los insumo	ersona moral		
Colonia: DE VALLE Tipo de asentamiento humano por ejemplo: stros) sta: En caso de ser más de un fabrican 8.D Perso RFC (a):	te o distribuidor, podrá reproducir esta secció D. Datos del establecimiento que acon	Calle posterior (tipo y nombre): on cuantas veces sea necesario. dicionará o almacenará los insumo	ersona moral		
Colonia: DE VALLE Tipo de asentamiento humano por ejemplo itros) ta: En caso de ser más de un fabrican 8.D Perso RFC (a): CURP (opcional):	te o distribuidor, podrá reproducir esta secció D. Datos del establecimiento que acon	Calle posterior (tipo y nombre). on cuantas veces sea necesario. dicionará o almacenará los insumo Por RFC (a): AIM 93071 Denominación o razón social:	ersona moral 6 2M9		
Colonia: DE VALLE (Tipo de asentamiento humano por ejemplo otros) ota: En caso de ser más de un fabrican 8.D Perso RFC (a): CURP (opcional): Nombre(s):	te o distribuidor, podrá reproducir esta secció D. Datos del establecimiento que acon	Calle posterior (tipo y nombre): on cuantas veces sea necesario. dicionará o almacenará los insumo	ersona moral 6 2M9		
Colonia: DE VALLE (Tipo de asentamiento humano por ejemplo otros) ota: En caso de ser más de un fabrican 8.D Perso RFC (a): CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo	te o distribuidor, podrá reproducir esta secció D. Datos del establecimiento que acon	Calle posterior (tipo y nombre). on cuantas veces sea necesario. dicionará o almacenará los insumo Por RFC (a): AIM 93071 Denominación o razón social:	ersona moral 6 2M9		
Colonia: DE VALLE (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: bros) bta: En caso de ser más de un fabrican: 8.D Perso RFC (a): CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido:	te o distribuidor, podrá reproducir esta secció D. Datos del establecimiento que acon ona física	Calle posterior (tipo y nombre). on cuantas veces sea necesario. dicionará o almacenará los insumo Por RFC (a): AIM 93071 Denominación o razón social:	ersona moral 6 2M9		
Colonia: DE VALLE Tipo de asentamiento humano por ejemplo: bta: En caso de ser más de un fabrican: 8.D Perso RFC (a): CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido:	te o distribuidor, podrá reproducir esta secció D. Datos del establecimiento que acon ona física	Calle posterior (tipo y nombre). on cuantas veces sea necesario. dicionará o almacenará los insumo Por RFC (a): AIM 93071 Denominación o razón social:	ersona moral 6 2M9		
Colonia: DE VALLE Tipo de asentamiento humano por ejemplo: stros) ta: En caso de ser más de un fabrican 8. D Perso RFC (a): CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: a) Sólo cuando el establecimiento sea nacior	te o distribuidor, podrá reproducir esta secció D. Datos del establecimiento que acon ona física	Calle posterior (tipo y nombre). on cuantas veces sea necesario. dicionará o almacenará los insumo P. RFC (a): AIM 93071 Denominación o razón social: ARROW INTERNACIONAL D	ersona moral 6 2M9 E MÉXICO, S.A. DE C.V.		
Colonia: DE VALLE Tipo de asentamiento humano por ejemplo: tros) ta: En caso de ser más de un fabrican: 8.D Perso RFC (a): CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: a) Sólo cuando el establecimiento sea nacior	te o distribuidor, podrá reproducir esta secció D. Datos del establecimiento que acon ona física	Calle posterior (tipo y nombre). on cuantas veces sea necesario. dicionará o almacenará los insumo P. RFC (a): AIM 93071 Denominación o razón social: ARROW INTERNACIONAL D	ersona moral 6 2M9 E MÉXICO, S.A. DE C.V.		
Colonia: DE VALLE Tipo de asentamiento humano por ejemplo tros) ta: En caso de ser más de un fabrican 8.D Perso RFC (a): CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: a) Sólo cuando el establecimiento sea nacior	te o distribuidor, podrá reproducir esta secció D. Datos del establecimiento que acon ona física	Calle posterior (tipo y nombre). on cuantas veces sea necesario. dicionará o almacenará los insumo P. RFC (a): AIM 93071 Denominación o razón social: ARROW INTERNACIONAL D	ersona moral 6 2M9 E MÉXICO, S.A. DE C.V.		
Colonia: DE VALLE Tipo de asentamiento humano por ejemplo itros) ita: En caso de ser más de un fabrican 8.D Perso RFC (a): CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: a) Sólo cuando el establecimiento sea nacior Di Código postal: 50070 Calle: AV. INDUSTRIA AUTOMO	te o distribuidor, podrá reproducir esta secció D. Datos del establecimiento que acon ona física	Calle posterior (tipo y nombre). on cuantas veces sea necesario. dicionará o almacenará los insumo PRFC (a): AIM 93071 Denominación o razón social: ARROW INTERNACIONAL D	ersona moral 6 2M9 E MÉXICO, S.A. DE C.V.		
Colonia: DE VALLE (Tipo de asentamiento humano por ejemplo otros) ota: En caso de ser más de un fabricant 8.D Perso RFC (a): CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacion Di Código postal: 50070 Calle: AV. INDUSTRIA AUTOMO DE BOMI DE MÉXICO) Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida,	te o distribuidor, podrá reproducir esta secció D. Datos del establecimiento que acon na física mal. omicilio del establecimiento que acondi	Calle posterior (tipo y nombre). on cuantas veces sea necesario. dicionará o almacenará los insumo RFC (a): AIM 93071 Denominación o razón social: ARROW INTERNACIONAL D cionará o almacenará los insumos Localidad: Municipio o delegación (a):	ersona moral 6 2M9 E MÉXICO, S.A. DE C.V.		
Colonia: DE VALLE (Tipo de asentamiento humano por ejemplo otros) ota: En caso de ser más de un fabrican 8.D Perso RFC (a): CURP (opcional): Nombre(s): Primer apellido: Segundo apellido: (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacior Di Código postal: 50070 Calle: AV. INDUSTRIA AUTOMO DE BOMI DE MÉXICO)	te o distribuidor, podrá reproducir esta secció D. Datos del establecimiento que acon ona física mal. OTRIZ (DENTRO DE LAS INSTALACIONES	Calle posterior (tipo y nombre). on cuantas veces sea necesario. dicionará o almacenará los insumo PRFC (a): AIM 93071 Denominación o razón social: ARROW INTERNACIONAL D	ersona moral 6 2M9 E MÉXICO, S.A. DE C.V.		







Colonia: PARQUE INDUSTRIAL EL COECILLO (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condor	Calle posterior (tipo y nombre)	INDUSTRIA AUTOMOTRIZ		
otros) (a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.				
9. Informaci	ón para importación,	exportación y otras autorizacione	S	
Régimen de importación (sólo para importadores)	Temporal	Definitiva	Depósito fiscal	
País de origen:	de edencia:			
País de destino:	ana de entrada o salida: cifique sólo una)			
	9.A. Dato	os del fabricante		
Persona física		Pe	ersona moral	
RFC ^(a) :		RFC ^(a) :		
CURP (opcional):	Denominación o razón social:			
Nombre(s):				
Primer apellido:				
Segundo apellido:				
a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.				
	Domicilio	del fabricante		
Código postal:		Localidad:		
Calle:		Municipio o delegación (a);		
(Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carrete erracerían entre otros.)	ra, camino, privada,	Estado o Distrito Federal (a):		
Número exterior: Número interior:		País:		
Colonia:		Entre que calles (tipo y nombre):		
Tipo de asentamiento humano por ejemplo. Colonia, privada, condon tros)	minio, hacienda, entre	Calle posterior (tipo y nombre):		
a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.				
	9.B. Datos del p	roveedor o distribuidor		
Persona física		Pe	rsona moral	
RFC (a):		RFC (a):		
CURP (opcional):		Denominación o razón social:		
Nombre(s):				
Primer apellido:				







(a) Sólo cuando el establecimiento	sea nacional.	
	Domicilio del pi	roveedor o distribuidor
Código postal:		Localidad:
Calle:		Municipio o delegación (a):
(Tipo de vialidad por ejemplo: terracerian entre otros.)	Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada,	Estado o Distrito Federal (a):
Número exterior:	Número interior:	Pais:
Colonia:		Entre que calles (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano po otros)	r ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre	Calle posterior (tipo y nombre):
a) Sólo cuando el establecimiento s	sea nacional.	
	9.C. Datos del d	estinatario (destino final)
DEC.	Persona física	Persona moral
RFC:		RFC:
CURP (opcional):		Denominación o razón social:
Nombre(s):		
Primer apellido:		
Segundo apellido:		
	Domicilio del des	stinatario (destino final)
		Stricturio (dectino miar)
ódigo postal:		Localidad:
		Localidad:
Calle: Fipo de vialidad por ejemplo /	Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada,	
Calle: Tipo de vialidad por ejemplo: / prracerían entre otros.)		Localidad: Municipio o delegación ^(a) :
Calle: Tipo de vialidad por ejemplo: / erracerían entre otros.) Número exterior:	Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada,	Localidad: Municipio o delegación ^(a) : Estado o Distrito Federal ^(a) : País:
Calle: Tipo de vialidad por ejemplo de reservacerian entre otros.) Número exterior: Colonia: Tipo de asentamiento humano po	Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada,	Localidad: Municipio o delegación ^(a) : Estado o Distrito Federal ^(a) :
Calle: Tipo de vialidad por ejemplo de recepción entre otros.) Júmero exterior: Colonia: Tipo de asentamiento humano portros)	Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, Número interior: r ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre	Localidad: Municipio o delegación ^(a) : Estado o Distrito Federal ^(a) : País: Entre que calles (tipo y nombre):
Calle: Tipo de vialidad por ejemplo: perracerían entre otros.) Número exterior: Colonia: Tipo de asentamiento humano portros)	Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, Número interior: r ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre	Localidad: Municipio o delegación ^(a) : Estado o Distrito Federal ^(a) : País: Entre que calles (tipo y nombre):
Calle: Tipo de vialidad por ejemplo: Parracerían entre otros.) Número exterior: Colonia: Tipo de asentamiento humano por tros)	Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, Número interior: r ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre ea nacional.	Localidad: Municipio o delegación ^(a) : Estado o Distrito Federal ^(a) : País: Entre que calles (tipo y nombre):
erracerian entre otros.) Número exterior: Colonia:	Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, Número interior: r ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre ea nacional.	Localidad: Municipio o delegación ^(a) : Estado o Distrito Federal ^(a) : País: Entre que calles (tipo y nombre): Calle posterior (tipo y nombre):
Calle: Tipo de vialidad por ejemplo: perracerían entre otros.) Número exterior: Colonia: Tipo de asentamiento humano portros)	Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, Número interior: r ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre ea nacional. 9.D. Date	Localidad: Municipio o delegación (a): Estado o Distrito Federal (a): País: Entre que calles (tipo y nombre): Calle posterior (tipo y nombre):
Calle: Tipo de vialidad por ejemplo de riracerían entre otros.) Número exterior: Colonia: Tipo de asentamiento humano politros) a) Sólo cuando el establecimiento s	Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, Número interior: r ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre ea nacional. 9.D. Date	Localidad: Municipio o delegación (a): Estado o Distrito Federal (a): País: Entre que calles (tipo y nombre): Calle posterior (tipo y nombre):
Calle: Tipo de vialidad por ejemplo: perracerían entre otros.) Número exterior: Colonia: Tipo de asentamiento humano poi tros) a) Sólo cuando el establecimiento s	Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, Número interior: r ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre ea nacional. 9.D. Date	Localidad: Municipio o delegación (a): Estado o Distrito Federal (a): País: Entre que calles (tipo y nombre): Calle posterior (tipo y nombre): os del facturador Persona moral RFC:







Segundo apellido:	
(b) Sólo para insumos para la salud.	
Domicilio	del facturador
Código postal:	Localidad:
Calle:	Município o delegación:
(Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerían entre otros.)	Estado o Distrito Federal:
Número exterior: Número interior:	País:
Colonia:	Entre que calles (tipo y nombre):
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros)	Calle posterior (tipo y nombre)
(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.	
10. Información para la	autorización de terceros
10.A. Laboratorio de pruebas	10.B. Unidades de verificación
Análisis de alimentos, bebidas y suplementos alimenticios y productos de perfumeria y belleza.	Verificación de establecimientos
Análisis de medicamentos y dispositivos médicos	Muestreo
Análisis de plaguicidas, fertilizantes y nutrientes vegetales	Otro
Otro	(especifique):
	(coposinguo).
(especifique):	
 Pruebas de intercambiabilidad para medicamentos genéricos intercambiables 	
Unidad clinica para realizar estudios de biodisponibilidad y/o	
bioequivalencia Unidad analítica para realizar estudios de biodisponibilidad y/o bioequivalencia	
Unidad analítica para estudios de perfiles de disolución	
11. Datos de la persona que realiza tatua	ajes, micropigmentación y/o perforaciones
Persona física	
RFC:	
CURP (opcional):	FOTO
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Teléfono (lada y número):	
Fax (lada y número):	







НС	rari	o de	ope	raci	one	s (ma	arcar con	una X):		
	L	M	М	J	V	S	de	нн мм	а	HH: MM
	L	M	М	J	V	S	de	нн мм	а	HH : MM

Domicilio particular de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones

Código postal:		Localidad:		
Calle:		Municipio o delegación:		
(Tipo de vialidad por ejemplo: Avenida, bouleventre otros.)	rard, calle, carretera, camino, privada, terracerian	Estado o Distrito Federal:		
Número exterior:	Número interior:	Pais:		
Colonia:		Entre que calles (tipo y nombre):		
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo otros)	Colonia, privada, condominio, hacienda, entre	Calle posterior (tipo y nombre):		

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad. Y acepto que la notificación de este trámite se realice a través del Centro Integral de Servicios u oficinas en los estados correspondientes al Sistema Federal Sanitario.(artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo)

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿está de aguerdo en hacerlos publicos?

Si

No

QFB. RODOLFO ALBERTO CALIXTO MARTINEZ
Nombre y firma del propietario,

o representante legal o responsable sanitario

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS, en el D.F. de cualquier parte del país marque sin costo el 01-800-033-5050 y en caso de requerir el número de ingreso y/o seguimiento de su trámite enviado al área de Tramitación Foránea marque sin costo al 01-800-4204.





