

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspecciones y Farmacovigilancia

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 45. ESTADO OTORGANTE | | 46. MUNICIPIO OTORGANTE | |
| 47. TIPO DE EMPRESA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA | | 48. TENENCIA DEL LOCAL <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> ARRENDADO <input type="checkbox"/> COMODATO | |
| 49. PROCEDENCIA DE LOS PRODUCTOS. <input type="checkbox"/> NACIONALES <input type="checkbox"/> IMPORTADOS | | | |
| DATOS DEL PODER OTORGADO POR EL PROPIETARIO DEL PRODUCTO A LA CASA DE REPRESENTACIÓN O A LA IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA | | | |
| 50. NOMBRE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL PODER | | 51. PAÍS | 52. CIUDAD |
| | | | 53. VALIDACIÓN <input type="checkbox"/> CONSULAR <input type="checkbox"/> APOSTILLA |
| | | | <input type="checkbox"/> CONSULAR <input type="checkbox"/> APOSTILLA |
| | | | <input type="checkbox"/> CONSULAR <input type="checkbox"/> APOSTILLA |
| DATOS DEL PODER OTORGADO AL FARMACÉUTICO REGENTE | | | |
| 54. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL | | 55. C.I. DEL REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E | 56. NÚMERO |
| | | | 57. TOMO |
| | | FECHA DE INSCRIPCIÓN EN NOTARÍA 58. DÍA 59. MES 60. AÑO | |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA | | | |
| 61. ESTADO | | 62. MUNICIPIO | |
| | | 63. CIUDAD /POBLACIÓN | |
| DIRECCIÓN DE OFICINA ADMINISTRATIVA | | | |
| 64. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL | | 65. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA | |
| | | 66. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN | |
| 67. PISO/PLANTA/LOCAL | 68. PUNTO DE REFERENCIA | | 69. CÓDIGO POSTAL |
| 70. N° DE TELÉFONO | 71. N° DE FAX | 72. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO | 73. DIRECCIÓN ELECTRONICA DE LA PÁGINA WEB |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACEN(ES) | | | |
| 74. ESTADO | | 75. MUNICIPIO | |
| | | 76. CIUDAD /POBLACIÓN | |
| DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACEN(ES) | | | |
| 77. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL | | 78. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA | |
| | | 79. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN | |
| 80. PISO/PLANTA/LOCAL | 81. PUNTO DE REFERENCIA | | 82. CÓDIGO POSTAL |
| 83. N° DE TELÉFONO | 84. N° DE FAX | 85. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO | 86. DIRECCIÓN ELECTRONICA DE LA PÁGINA WEB |

C.- ANEXAR LISTA DE PRODUCTOS A IMPORTAR, REPRESENTAR Y DISTRIBUIR (VER HOJA ANEXA CON INFORMACIÓN REQUERIDA – CAMPOS DEL N.º 87 AL N.º 93).

D.- OBSERVACIONES DEL REGENTE O FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE

| |
|--|
| |
|--|

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspecciones y Farmacovigilancia

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ portador de la Cédula de identidad N° _____, actuando en mi carácter de Solicitante, ante el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria, declaro bajo juramento corresponsablemente con la Empresa que:

1. El contenido total de la información es absolutamente cierto y veraz.
2. La Empresa a la que represento prestará todas las facilidades que solicite el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

FIRMA DEL(LA) REGENTE / FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE

E.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

94. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO

95. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| - | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

96. OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A):

F.05-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

División de Inspecciones

C.- LISTA DE PRODUCTOS O MATERIAS PRIMAS A IMPORTAR, REPRESENTAR Y DISTRIBUIR

[illegible]

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspecciones

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO PARA LA INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE CASAS DE REPRESENTACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y MATERIAS PRIMAS

INDIQUE EN EL FORMULARIO LA INFORMACION SIGUIENTE:

| | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01 | DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD DE PERMISO. |
| 02 | MES. - CORRESPONDE AL MES EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD DE PERMISO. |
| 03 | AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD DE PERMISO. |
| 04 | NÚMERO DE SOLICITUD. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE CONTROL INTERNO. |
| 05 | TIPO DE ESTABLECIMIENTO. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO. |
| 06 | PRODUCTO TERMINADO A IMPORTAR/REPRESENTAR. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE PRODUCTO TERMINADO A IMPORTAR/REPRESENTAR. |
| 07 | MATERIA PRIMA A IMPORTAR. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE A LA MATERIA PRIMA A IMPORTAR, INDICAR SI ES PARA PRODUCTOS COSMÉTICOS Y/O PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, QUE SERAN UTILIZADOS PARA LA FABRICACIÓN DE SUS PRODUCTOS Y/O VENTA. |

A.- DATOS DEL REGENTE/FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

| | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08 | APELLIDOS. - COMPLETOS DEL REGENTE/FARMACÉUTICO SOLICITANTE. |
| 09 | NOMBRES. - COMPLETOS DEL REGENTE/FARMACÉUTICO SOLICITANTE. |
| 10 | N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD. - RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O, EXTRANJERO(A) (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE IDENTIDAD. |
| 11 | N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S. - CORRESPONDE AL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ REGISTRADO EL TÍTULO DEL PROFESIONAL ANTE EL SERVICIO AUTONOMO DE CONTRALORIA SANITARIA. |
| 12 | PROFESIÓN. - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN. |
| 13 | No. DE TELÉFONO. - DONDE LOCALIZARLO (A) (FAVOR INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA). |
| 14 | No. DE TELÉFONOS MÓVIL. - DONDE LOCALIZARLO (A). |
| 15 | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. - DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS. |

B.-DATOS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN

| | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16 | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL. - SEGÚN REGISTRO MERCANTIL. |
| 17 | OBJETO SOCIAL. - DE ACUERDO AL REGISTRO MERCANTIL, EL CUAL DEBE AJUSTARSE A LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE PARA UNA CASA DE REPRESENTACIÓN. |
| 18 | SUPERFICIE INTERNA EN M2. - INCLUYENDO ÁREAS DE OFICINA Y ALMACENES. |
| 19 | EL No. DEL R.I.F. - ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL. |
| 20 | EL No. DEL N.I.T. - ES EL NÚMERO DE ACUERDO A LA IDENTIFICACION TRIBUTARIA. |

DATOS DEL REGISTRO MERCANTIL

| | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 21 | REGISTRO. - INDICAR EL NOMBRE DEL REGISTRO MERCANTIL. |
| 22 | CIRCUNSCRIPCIÓN. - INDICAR LA CIRCUNSCRIPCIÓN DEL ESTADO EN EL CUAL SE REGISTRÓ. |
| 23 | TOMO. - ES EL TOMO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 24 | NÚMERO. - ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |

PROTOCOLIZACIÓN

| | |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 25 | DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 26 | MES. - CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 27 | AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |

MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL

| | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 28 | REGISTRO. - INDICAR EL NOMBRE DEL REGISTRO MERCANTIL. |
| 29 | CIRCUNSCRIPCIÓN. - INDICAR LA CIRCUNSCRIPCIÓN DEL ESTADO EN EL CUAL SE REGISTRÓ. |
| 30 | TOMO. - ES EL TOMO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 31 | NÚMERO. - ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspecciones

PROTOCOLIZACIÓN

| | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 32 | DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 33 | MES. - CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 34 | AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 35 | MODIFICACIÓN. - INDICAR LA(S) CLAUSULA(S) QUE FUE O FUERON MODIFICADA(S) EN EL REGISTRO MERCANTIL. |

PROPIETARIO(S)

| | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 36 | APELLIDOS. - EL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL. |
| 37 | NOMBRES. - EL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL. |
| 38 | No. DE CÉDULA DE IDENTIDAD, RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O, EXTRANJERO(A) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD. |

DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO

| | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 39 | DOCUMENTO PRESENTADO. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL DOCUMENTO PRESENTADO: FOTOCOPIA DE LA PATENTE O FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA PATENTE. |
| 40 | NÚMERO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO O SOLICITUD |
| 41 | ACTIVIDAD. -SEÑALADA EN LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO LA CUAL DEBE ESTAR RELACIONADA CON EL OBJETO SOCIAL DE UNA CASA DE REPRESENTACION EN CASO DE PRESENTAR FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA. |
| 42 | DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA DE VENCIMIENTO DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA. |
| 43 | MES. - CORRESPONDE AL MES DE VENCIMIENTO DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA. |
| 44 | AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO DE VENCIMIENTO DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA. |
| 45 | ESTADO OTORGANTE. - CORRESPONDE AL ESTADO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA. |
| 46 | MUNICIPIO OTORGANTE. - CORRESPONDE AL MUNICIPIO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA. |
| 47 | TIPO DE EMPRESA. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO AL TIPO DE EMPRESA A REGISTRAR. |
| 48 | TENENCIA DEL LOCAL. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA TENENCIA DEL LOCAL. |
| 49 | PROCEDENCIA DE LOS PRODUCTOS. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA PROCEDENCIA DE LOS PRODUCTOS. |

DATOS DEL PODER OTORGADO POR EL PROPIETARIO DEL PRODUCTO A LA CASA DE REPRESENTACIÓN O A LA IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA

| | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50 | NOMBRE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL PODER. - A LA EMPRESA REPRESENTANTE EN VENEZUELA. |
| 51 | PAÍS. - DONDE ESTA UBICADA LA EMPRESA. |
| 52 | CIUDAD. - DONDE ESTA UBICADA LA EMPRESA. |
| 53 | VALIDACIÓN DEL PODER OTORGADO. - CON SELLO CONSULADO VENEZOLANO O APOSTILLA. |

DATOS DEL PODER OTORGADO AL FARMACEUTICO (A) REGENTE.

| | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 54 | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL. - SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL REGISTRO MERCANTIL. |
| 55 | C.I. DEL REPRESENTANTE LEGAL. -RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O EXTRANJERA(A) (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD. |
| 56 | NÚMERO. - ES EL NÚMERO DE REGISTRO EN LA NOTARIA PÚBLICA. |
| 57 | TOMO. - ES EL TOMO DE REGISTRO EN LA NOTARIA PÚBLICA. |
| 58 | DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA DE INSCRIPCIÓN EN LA NOTARIA PÚBLICA. |
| 59 | MES. - CORRESPONDE AL MES DE INSCRIPCIÓN EN LA NOTARIA PÚBLICA. |
| 60 | AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO DE INSCRIPCIÓN EN LA NOTARIA PÚBLICA. |

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA

| | |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 61 | ESTADO. -CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA. |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspecciones

| | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 62 | MUNICIPIO. - CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA |
| 63 | CIUDAD/POBLACIÓN. - CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN, EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN. |
| 64 | URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL. - CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL, EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN. |
| 65 | AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA. - CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN. |
| 66 | EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN. - CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN. |
| 67 | PISO/PLANTA/LOCAL. - CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN. |
| 68 | PUNTO DE REFERENCIA. - PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN. |
| 69 | CÓDIGO POSTAL. - CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN. |
| 70 | No. DE TELÉFONO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN (FAVOR INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA). |
| 71 | NÚMERO DE FAX. -CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACION. |
| 72 | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. - CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN. |
| 73 | DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB. - CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN. |

DIRECCIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACENE(S)

| | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 74 | ESTADO. - EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN. |
| 75 | MUNICIPIO. - EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN. |
| 76 | CIUDAD/POBLACIÓN. - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACION. |
| 77 | URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL. - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN. |
| 78 | AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA. - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN. |
| 79 | EDIFICIO/QUINTA/CASA GALPÓN. - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN. |
| 80 | PISO/PLANTA/LOCAL. - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN. |
| 81 | PUNTO DE REFERENCIA. - PARA UBICAR EN FORMA RAPIDA LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN. |
| 82 | CÓDIGO POSTAL. - CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN. |
| 83 | NÚMERO DE TELÉFONO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN (FAVOR INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA). |
| 84 | NÚMERO DE FAX. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN |
| 85 | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. - CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA CASA DE REPRESENTACION. |
| 86 | DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB. - CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN. |

C.-LISTA DE PRODUCTOS A IMPORTAR, REPRESENTAR Y DISTRIBUIR

| | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 87 | NOMBRE DEL PRODUCTO. - EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR EL NOMBRE DE MARCA O GENÉRICO DE CADA PRODUCTO. |
| 88 | PRESENTACIÓN. - EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR LA FORMA FARMACÉUTICA O COSMÉTICA Y CANTIDADES |
| 89 | REGISTRO SANITARIO. - EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR EL NÚMERO. EN CASO DE NO POSEERLO SEÑALE QUE SE ENCUENTRAN EN TRÁMITE. |

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspecciones

| | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 90 | LABORATORIO FABRICANTE. - EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR EL NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA QUE LO MANUFACTURA. |
| 91 | PAÍS DE PROCEDENCIA. - EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR EL PAÍS DONDE ESTÁ UBICADO LA EMPRESA QUE LO MANUFACTURA. |
| 92 | PROPIETARIO. - EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR NOMBRE DE LA EMPRESA PROPIETARIA DE LOS PRODUCTOS. |
| 93 | FARMACEUTICO PATROCINANTE. - EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR APELLIDOS Y NOMBRES DEL FARMACÉUTICO PATROCINANTE DE CADA UNO DE LOS PRODUCTOS. |

D.- OBSERVACIONES DEL REGENTE O FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE

DEBE SER LLENADO EN CASO QUE EL REGENTE O FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE TENGA QUE HACER ALGUNAS OBSERVACIONES SIGNIFICATIVAS CON RELACIÓN AL TIPO DE SOLICITUD.

DECLARACIÓN JURADA EL REGENTE O FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS Y DEBE FIRMAR LA SOLICITUD DEL PERMISO SANITARIO.

E. PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE. - DEBE SER LLENADO SOLAMENTE POR EL FUNCIONARIO(A) AUTORIZADO(A) DE LA DIVISIÓN DE INSPECCIONES Y FARMACOVIGILANCIA EN LA DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y CONTROL DE DROGAS, MEDICAMENTOS Y COSMÉTICOS, NIVEL CENTRAL PARA EVALUAR LA SOLICITUD.

| | |
|----|------------------------------------------------------|
| 94 | NÚMERO DE PERMISO SANITARIO (NIVEL NACIONAL). |
| 95 | FUNCIONARIO (A) RESPONSABLE. |
| 96 | OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO (A). |

F.05-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022