AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA

(ANRS)

**FORMATO OFICIAL DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE CAPACITACIONES, LANZAMIENTOS DE PRODUCTOS, ACTIVIDAD TÉCNICA Y CIENTÍFICA CONGRESO NACIONALES E INTERNACIONALES Y CUALQUIERA OTRA PROMOCIÓN DE PRODUCTOS. FARMACÉUTICOS, EQUIPOS E INSTRUMENTAL MÉDICO.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de presentación: | Seleccione una fecha. | N° de trámite: |  |
|  |  |  | Llenado por ANRS |
|  |  |
| Aplicable en: | [ ]  Dirección de Dispositivos Médicos. [ ]  Dirección de Farmacia |
| Nombre del Evento:Detallar el nombre del evento |
|  |
| Tipo de Evento:Detallar el tipo de evento, por ejemplo: capacitación, congreso, lanzamiento de producto, feria científica, promoción de producto, jornada médica entre otras |
|  |  |
| Lugar del Evento:Detallar el nombre del evento |
| Ciudad del Evento: |  |
| Detallar la ciudad donde se efectuará el evento |
|  |
| País del evento: Seleccione un país |  |
|  |  |  |
| Fecha del evento: desde: Seleccione una fecha. hasta: Seleccione una fecha. |
|  |
| Establecimiento organizador/patrocinador:Nombre de la empresa que organiza o patrocina el evento (fabricante, distribuidor entre otros) |
|  |  |  |  |
| Licencia Sanitaria: Detallar el número de Licencia SanitariaNota: para establecimiento nacionales |
|  |  |  |  |
| Nombre del Producto Detalle el nombre del producto que será promocionado o lanzado por primera vez. |
|  |
| Registro sanitario Detallar el número de Registro Sanitario |
|  |  |  |  |
| Observaciones: Detalle cualquier observación relevante para el trámite. |
|  |  |  |
| Nombre/Firma/SelloSolicitante |  | Firma/Fecha/SelloANRS |