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 Sanitaria  Nota: 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/Sello  Solicitante | | | | | |  | Firma/Fecha/Sello  ANRS | | | | |