**AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)**

**DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**

**FORMATO OFICIAL DE SOLICITUD**

**CLASIFICACIÓN DE PRODUCTOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **A:** | **DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS-ANRS** |
|  |  |
| **DE:** | Colocar aquí el nombre del tramitador |
|  |  |  |
| Por medio de la presente tengo a bien presentar solicitud de clasificación del producto abajo detallado para que determine si corresponde o no a un Dispositivo Médico. |
|  |  |  |  |  |
| **Clasificación unitaria** |[ ]   | **Clasificación múltiple** |[ ]
|  |  |  | **Anexar Tabla de Clasificación Masiva** |
| **N° de Recibo:** |  | Recibo Oficial de Caja (ROC) |
| **Nombre Técnico del producto:** | Nombre Técnico o genérico del producto |
| **Nombre Comercial del producto:** | Nombre Comercial del producto |
| **Marca:** | Colocar la marca del producto |
| **Modelo o N° de Referencia:** | Modelo/Referencia/Código/N° de Catálogo |
| **Fabricante:** | Nombre del fabricante del producto |
| **País de Origen del Producto:** | Seleccione el país de fabricación |
| **Distribuidor:** | Detallar el o los distribuidores |
| **Uso previsto:**  | Indicar para que se utiliza el producto |
|  |  |
| **INFORMACIÓN PARA LLENAR POR LA DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.** |
| **N° DE REFERENCIA INTERNA** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **FIRMA/FECHA/SELLO****DEL REGISTRADOR** |  | **FIRMA/FECHA/SELLO****DEL FUNCIONARIO ANRS** |

|  | **TABLA PARA CLASIFICACIÓN MASIVA** |
| --- | --- |
| **ROC** | **NOMBRE GENÉRICO** | **NOMBRE COMERCIAL** | **USO PREVISTO** | **MARCA** | **MODELO/REFERENCIA** | **FABRICANTE** | **PAÍS DE ORIGEN** | **DISTRIBUIDOR** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |