AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)

DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

**FORMATO OFICIAL DE SOLICITUD DE USUARIO PARA VUCEN[[1]](#footnote-2) EN LA DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.**

Fecha De Solicitud: Seleccione fecha

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:**

Razón social del Establecimiento: Detallar según se declara en la Licencia Sanitaria

Nombre Comercial del Establecimiento: Detallar según se declara en la Licencia Sanitaria

Representante Legal del Establecimiento: Detallar según se declara en la Licencia Sanitaria

N° de Licencia Sanitaria: Detallar según se declara en la Licencia Sanitaria

Dirección de Establecimiento: Detallar según se declara en la Licencia Sanitaria

Teléfono del establecimiento: Detallar teléfono de contacto

Correo electrónico del establecimiento: Detallar correo electrónico

**AGENCIA ADUANERA QUE REALIZARÁ EL TRAMITE (SI APLICA)**

[ ] No Aplica

Nombre de la Agencia Aduanera: Detallar la agencia aduanera autorizada

RUC de la agencia aduanera: Detallar cédula RUC de la agencia

Dirección: Detallar domicilio de la agencia

Teléfono: Detallar teléfono de la agencia

Correo electrónico: Detallar correo electrónico de la agencia

Observaciones:

Detallar cualquier información que considere relevante para la solicitud

| **DATOS DEL USUARIO(S) VUCEN** |
| --- |
| **Nombre completo** | **N° de cédula** | **Domicilio/municipio/departamento** | **Registrado en VUCEN****(SI/NO)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Remitir el presente Formato a las siguientes direcciones de correo electrónico: infofarmacia@minsa.gob.ni, inforanrs@minsa.gob.ni con copia a dismed@minsa.gob.ni [↑](#footnote-ref-2)