## ANEXO III

AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)

DIRECCIÓN DE FARMACIA

|  |
| --- |
| **FORMATO OFICIAL DE ENTREGA DE INFORME EN USB** |
| **Fecha De Remisión**: Seleccione fecha. |
| **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:** |
| Razón social y Nombre Comercial |  |
| Nombres y apellidos del Representante Legal o Propietario  |  |
| Nº Licencia Sanitaria |  |
| Dirección  |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico  |  |
| **DATOS DEL REGENTE (Cuando aplique)** |
| Nombres y Apellidos |  |
| Código Sanitario  |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico |  |
| **OBSERVACIONES ADICIONALES:**  |
| **Nombre/Firma/Sello****Regente, Representante Legal o Propietario del Establecimiento** | **Firma/Fecha/Sello de recibido de la Dirección de Farmacia** |
| **Nota: Para las Licencia de consumidor el formato de informe debe de venir firmado y sellado por el Representante legal o propietario.****Para las Licencia Sanitaria de Funcionamiento de fabricantes o importadores bajo el formato de informe debe de venir firmado y sellado por el Regente Autorizado.**  |