AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA

(ANRS)

**FORMATO OFICIAL DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PODERES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Fecha de presentación: | Seleccione una fecha. | N° de trámite: |  |
|  |  |  | Llenado por ANRS |
| 2. Tramitador: | Declare el nombre completo de la persona que efectúa el trámite. |
|  |  |  |  |
| 3. Tipo de Poder o Autorización. Marque con una X el tipo de poder a presentar. |
|  |  |  |  |
| [ ]  Importación.  | [ ]  Distribución  | [ ]  Comercialización  | [ ]  Representación Legal.  |
|  |  |  |  |
| [ ]  Registro | [ ]  Revocación | [ ]  Licencia Sanitaria\* |
| \*Aplica a trámites de Licencia Sanitaria para productos cosméticos. |
| 4. Aplicable en: | [ ]  Dirección de Alimentos y Bebidas[ ]  Dirección de Dispositivos Médicos | [ ]  Dirección de Farmacia[ ]  Dirección de Regulación en Salud |
|  |  |  |  |
| 5. Emisor del documento: | Nombre o Razón Social de la persona o entidad que emite el Poder o Autorización. |
|  |  |  |  |
| 6. País de origen: | Seleccione un país |  |
|  |  |  |  |
| 7. Apoderado: |  |  |  |
| Declare la Razón Social o Nombre Completo del o los apoderados designados en el Poder. |
|  |  |  |  |
| 8. Observaciones: |  |  |  |
| Detalle cualquier observación relevante para el trámite. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
| Nombre/Firma/SelloTramitador |  | Firma/Fecha/SelloANRS |