AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA

(ANRS)

**FORMATO OFICIAL DE PRESENTACIÓN DE PODERES/AUTORIZACIONES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  Exportación\* | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | |  |
| Representación Legal. | | | | | Registro | | | Revocación | | | | | | |
| \*Aplicable sólo para la Dirección de Regulación en Salud | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Aplicable en : | | Dirección de Alimentos  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/Sello  Tramitador | | | | | | |  | | Firma/Fecha/Sello  ANRS | | | | | |