AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)

DIRECCIÓN DE DIRECCION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

**FORMATO OFICIAL DE SOLICITUD DE USUARIO PARA EL SISTEMA KARPLUS EN LA DIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FECHA DE REMISIÓN | Seleccione fecha. | ¿POSEE USUARIO REGISTRADO? | Indicar si cuenta con usuario. |
|  | Si la respuesta es sí: escriba aquí su usuario |
|  |  |
| **DATOS DEL SOLICITANTE:** |
|  |  |  |  |
| 1. CÓDIGO SANITARIO C/A  | Escriba el Código Sanitario asignado por la ANRS. |
|  |  |  |  |
| 2. NOMBRE COMPLETO: | Detalle el nombre completo del(a) profesional sanitario. |
|  |  |  |  |
| 3. IDENTIFICACIÓN | Elija el tipo de documento de identificación. |
|  |  |  |  |
| 4. N° DE IDENTIFICACIÓN: | Escriba el N° de Identificación. |
|  |  |  |  |
| 5. DOMICILIO | Detalle su dirección exacta |
|  |  |
| 6. DEPARTAMENTO | Seleccione un Departamento |
|  |  |
| 7. MUNICIPIO | Nombre el municipio. |
|  |  |
| 8. N° DE TELÉFONO | Escriba N° de teléfono. |
|  |  |
| 9. CORREO ELECTRÓNICO | Escriba su correo electrónico |
| 10. PROFESIÓN  | Detalle su profesión |
| 11. OBSERVACIONES |
| Detalle cualquier aspecto que considere relevante para su solicitud |