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 | | | | | | | |