**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO**

**DE PRODUCTOS COSMETICOS**

**USO OFICIAL**

**Solicitud N°:**

Timbre Fiscal

**Fecha de Recepción:**

|  |
| --- |
| **A. Categoría de Inscripción** |
| A.1.- **Nuevo:** A.2. **Renovación:** |
| **B.- Datos del Producto** |
| B.1.- **Nombre Comercial del Producto:** |
| B.2.- **Forma Cosmética:**  B.3.- **Presentación(es):**  B.4.- **Número de Registro del País de Origen:**  B.5.- **Número de Reconocimiento:** |
| **C.- Datos del Laboratorio Fabricante** |
| C.1.- **Nombre del Fabricante**:  C.2.- **Dirección:**  C.3.- **País:** C.4.- **Teléfono:** C.5.- **Fax:**  C.6.- **Correo Electrónico:** |
| **D.- Datos del Titular** |
| D.1.- **Nombre del Titular**:  D.2.- **Dirección:**  D.3.- **País:** D.4.- **Teléfono:** D.5.- **Fax:**  D.6.- **Correo Electrónico:** |
| **E.- Datos del Importador o Distribuidor** |
| E.1.- **Nombre**:  E.2.- **Dirección:**  E.3.- **Teléfono:** 4.- **Fax:**  E.5.- **Correo Electrónico:** |

|  |
| --- |
| **F.- Datos del Representante Legal** |
| F.1.- **Nombre del Representante**:  F.2.- **Dirección:**  F.3.- **Teléfono:** F.4.- **Fax:**  F.5.- **Correo Electrónicos:**  F.6.- **Número de Dictamen de la Representación Legal Inscrita:** |
| **G.- Datos del Profesional Responsable del Reconocimiento** |
| G.1.- **Nombre del Profesional Responsable:**  G.2.- **Profesión:**  G.3.- **Número de Colegiado:** G.4.- **Dirección:**  G.5.- **Teléfono:** G.6.- **Fax:**  E.5.- **Correo Electrónico:** |

**Se declara que la información anteriormente descrita es verdadera y se autoriza al Ministerio de Salud comprobar la veracidad de la misma.**

**Fecha de Presentación:**

**Número de Folios:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma y Sello del Profesional Responsable del Tramite del Reconocimiento**