**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN SANITARIA**

**DE PRODUCTOS HIGIÉNICOS**

**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**.- Tipo de Producto Higiénico:**  B.3.- **Uso:** |
| **C.- Datos del Laboratorio Fabricante** |
| C.1.- **Nombre del Fabricante**:  C.2.- **Razón o Dominación Social:**  C.3.- **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 o Razón Social**:  E.2.- **Número de Identificación:**  E.3.- **Dirección:**  E.4.- **Teléfono:** E.5.- **Fax:**  E.6.- **Correo Electrónico:**  E.7.- **Número de Licencia Sanitaria o Permiso de Funcionamiento Vigente**: |
| **F.- Datos del Representante Legal** |
| F.1.- **Nombre del Representante**:  F.2.- **Número de Identificación:**  F.3.- **Dirección:**  F.4.- **Teléfono:** F.5- **Fax:**  F.6- **Correo Electrónico:** |
| **G.- Datos del Profesional Responsable** |
| G.1.- **Nombre del Profesional Responsable:**  G.2.- **Número de Identificación:** G.3.- **Dirección:**    G.4.- **Teléfono:** G.5.- **Fax:**  G.6.- **Correo Electrónico:**  G.7.- **Número de Inscripción en el Organismo Regulador (cuando aplique):** |

**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 de la Inscripción**