|  |  |
| --- | --- |
| LOGO DEL ESTABLECIMIENTO | FORMATO 1A**SOLICITUD PARA LA OBTENCIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE IMPORTACIÓN / EXPORTACIÓN DE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS SUJETOS A FISCALIZACIÓN** |
| [ ]  **IMPORTACIÓN** |
| [ ]  **EXPORTACIÓN** |
| **PARTE I. INFORMACIÓN DEL IMPORTADOR SOLICITANTE** |
| 1. Categoría de la empresa |
| Laboratorio [ ]  | Importador [ ]  | Otros [ ]  |
| 2. Razón social: | 3. RUC N.°: |
| 4. Dirección: | 5. N.°: |
| 6. Ciudad: | 7. Departamento: | 8. Teléfono: | 9. Correo electrónico |
| 10. Nombre del representante legal: | 11. Teléfono |
| 12. Nombre del director técnico: | 13. Reg. Prof. N°: | 14. Teléfono: |
| **PARTE II. INFORMACIÓN DEL EXPORTADOR** |
| 1. Razón social: |
| 2. Dirección: | 3. PAÍS: | 4. Correo electrónico: |
| **PARTE III. INFORMACIÓN DE LA SUSTANCIA O DEL MEDICAMENTO A IMPORTAR** |
| 1. Tipo de producto a importar / exportar |
| Estandar: [ ]  | Materia prima: [ ]  | Producto terminado: [ ]  |
| 2. Clasificación del producto a importar / exportar |
| Estupefaciente: [ ]  | Psicotrópico: [ ]  |
| **3.** Nombre de la sustancia / nombre comercial: |
| 4. Cantidad a importar / exportar | 5. Forma de presentación: |
| 6. Nombre del principio activo (D.C.I.): | 7.Concentración del principio activo por dosis posológica: |
| 8. Equivalencia en base del principio activo por forma farmacéutica: | g / mg | 9. Equivalencia total en base del principio activo: | g / mg |
| 10. Número de Registro Sanitario: | 11. Vencimiento del registro sanitario: |
| 11. Vía de transporte: |
| Aérea: [ ]  | Terrestre: [ ]  | Marítima: [ ]  |
| **PARTE IV. CANTIDAD TOTAL DE LA SUSTANCIA SUJETA A FISCALIZACIÓN (g / kg)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Peso de Sustancia (g / kg) | % | Vencimiento del Producto | Peso de Sustancia en Base (g / kg) |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **DIRECTOR TÉCNICO** | **PROPIETARIO / REPRESENTANTE LEGAL** |
| **FIRMA, NOMBRE Y APELLIDO** | **FIRMA, NOMBRE Y APELLIDO** |
| **REG. PROF. N.°**  | **C.I. N.°** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **(\*) DOCUMENTOS A SER VERIFICADOS CON LA SOLICITUD** | **SI** | **NO** |
| Copia simple de la **factura / factura proforma del proveedor**, especificando el número y fecha del mismo |  |  |
| Copia del **certifica de registro sanitario** emitido por la **DNVS**, en caso de un producto terminado |  |  |
| Copia simple de la constancia de inscripción en el Reg**istro Nacional de Sustancias Estupefacientes y Drogas Peligrosas** emitida por el **DRVS** |  |  |
| Copia simple de la constancia de inscripción en la **SENAD** |  |  |
| Copia simple de constancia de primer lote (en su caso) |  |  |