**ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE y DIRECCIÓN | *(Señalar razón social y dirección)* |
| REPRESENTANTE LEGAL | *(Señalar nombre completo, dirección, teléfono directo de contacto y correo electrónico)* |
| DIRECTOR TÉCNICO RESPONSABLE | *(Señalar nombre completo, dirección, teléfono directo de contacto y correo electrónico)* |
| FECHA DE SOLICITUD DE APROBACIÓN DEL MENSAJE PUBLICITARIO |  |

**ANTECEDENTES TÉCNICOS DEL PRODUCTO Y MENSAJE A PUBLICAR**

|  |  |
| --- | --- |
| PRODUCTO | *(Señalar nombre completo del medicamento)* |
| PRINCIPIO ACTIVO |  |
| N.° DE REGISTRO SANITARIO |  |
| LOTE(S) |  |
| PRESENTACIÓN(ES) AFECTADA(S) | *(Señalar todas las presentaciones del producto afectado)*  |
| MENSAJE A PUBLICAR |  |
| PERIODO Y MEDIOS DE PUBLICACIÓN | *(Señalar el periodo y los medios de comunicación durante el cual será publicada la advertencia)* |
| IDENTIFICACIÓN DEL NOTIFICANTE y TELÉFONO DIRECTO | *(Señalar identificación de la persona que notifica y teléfono directo de contacto)* |

Declaro bajo juramento que los datos suministrados en el presente formulario, así como los antecedentes acompañados, son verdaderos e íntegros.