**ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO DISTRIBUIDOR**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE y DIRECCIÓN | *(Señalar razón social y dirección)* |
| TIPO DE ESTABLECIMIENTO/LÍNEAS DE ACTIVIDAD | *(Señalar si es Depósito, Farmacia, Botiquín, Hospital, Clínica)* |
| REPRESENTANTE LEGAL | *(Señalar nombre completo y dirección legal)* |
| DIRECTOR TÉCNICO | *(Señalar nombre completo y dirección legal y dirección electrónica)* |
| FECHA DE REPORTE |  |

**ANTECEDENTES TÉCNICOS DEL PRODUCTO**

|  |  |
| --- | --- |
| PRODUCTO | *(Señalar nombre completo del medicamento)* |
| PRINCIPIO ACTIVO |  |
| N.° DE REGISTRO SANITARIO |  |
| LOTE(S) |  |
| CANTIDAD RECIBIDA EN EL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR | *(Señalar la cantidad total de unidades recibidas del lote afecto a retiro)* |
| CANTIDAD EN EXISTENCIA (STOCK) NO DISTRIBUIDA | *(Señalar la cantidad de unidades presente en la bodega del establecimiento al momento de recibir la notificación de retiro)* |
| CANTIDAD DISTRIBUIDA A ESTABLECIMIENTOS RECEPTORES | *(Señalar la cantidad de unidades del producto a retirar distribuidas a otros establecimientos receptores)* |
| OTRAS OBSERVACIONES  |  |
| FIRMA DEL RESPONSABLE TÉCNICO |  |
| 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.