**Asunción,** Elija una fecha **de** Elija un mes **de** Elija un año

**Dirección General.**

**Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria. MSP Y BS**

**PRESENTE**

## **Me dirijo a Usted con el fin de solicitar la emisión de un documento con la observación de **“AFECTADO” o “NO AFECTADO”** establecido por el** *Decreto Nº. 7505 de fecha 18 de octubre de 2011. Por el cual se reglamenta la Ley Nº. 4397/11 “QUE PROHÍBE EL USO DE TRIPOLIFOSFATO DE SODIO EN PRODUCTOS DOMISANITARIOS NACIONALES Y/O EXTRANJEROS EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL”.*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DATOS DEL IMPORTADOR** | |
| **NOMBRE DEL IMPORTADOR:** | Haga clic aquí para escribir el nombre del Importador |
| **N° DE FACTURA:** | Haga clic aquí para escribir el número de factura |
| **FECHA DE EMISIÓN DE FACTURA:** | Haga clic aquí para escribir fecha de emisión de factura. |
| **N° DE SOLICITUD DE VUI:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **NOMBRE COMERCIAL** | **N° DE REGISTRO** | **AFECTADO (EXCLUSIVO DE SECCIÓN DOMISANITARIOS)** |
|  |  | |  |  | | --- | --- | | **SÍ** | **NO** | |
|  |  | |  |  | | --- | --- | | **SÍ** | **NO** | |
|  |  | |  |  | | --- | --- | | **SÍ** | **NO** | |
|  |  | |  |  | | --- | --- | | **SÍ** | **NO** | |
|  |  | |  |  | | --- | --- | | **SÍ** | **NO** | |
|  |  | |  |  | | --- | --- | | **SÍ** | **NO** | |
|  |  | |  |  | | --- | --- | | **SÍ** | **NO** | |
|  |  | |  |  | | --- | --- | | **SÍ** | **NO** | |
|  |  | |  |  | | --- | --- | | **SÍ** | **NO** | |
|  |  | |  |  | | --- | --- | | **SÍ** | **NO** | |
|  |  | |  |  | | --- | --- | | **SÍ** | **NO** | |

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

FIRMA Y SELLO DEL REGENTE