|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LOGO DEL ESTABLECIMIENTO | | | FORMATO D4 **SOLICITUD PARA LA OBTENCIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE IMPORTACIÓN / EXPORTACIÓN DE JERINGAS Y/O AGUJAS SUJETAS A FISCALIZACIÓN** | | | |
| **IMPORTACIÓN** | | | |
| **EXPORTACIÓN** | | | |
| **PARTE I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE** | | | | | | |
| 1. Categoría de la empresa | | | | | | |
| Laboratorio | | Laboratorio | | | Laboratorio | |
| 2. Razón social: | | | | 2. Razón social: | | |
| 4. Dirección: | | | | 4. Dirección: | | |
| 6. Ciudad: | 6. Ciudad: | | | 6. Ciudad: | | 6. Ciudad: |
| 10. Nombre del representante legal: | | | | 10. Nombre del representante legal: | | |
| 12. Nombre del director técnico: | | 12. Nombre del director técnico: | | | 12. Nombre del director técnico: | |
| **PARTE II. INFORMACIÓN DEL IMPORTADOR / EXPORTADOR** | | | | | | |
| 1. Razón social: | | | | | | |
| 2. Dirección: | | 3. País: | | | 4. Correo electrónico: | |
| **PARTE III. INFORMACIÓN DE LA SUSTANCIA A IMPORTAR / EXPORTAR** | | | | | | |
| 1. Tipo de producto a importar / exportar | | | | | | |
| Materia prima: | | | | Producto terminado: | | |
| 2. Clasificación del producto a importar / exportar | | | | | | |
| Jeringa: | | Aguja: | | | Jeringa con aguja: | |
| **3.** Nombre comercial del producto: | | | | | | |
| 4. Cantidad a importar / exportar | | | 5. Forma de presentación: | | | |
| 6. País de origen: | | | 7. País de procedencia: | | | |
| 8. Número de Registro Sanitario: | | | 9. Vencimiento del registro sanitario: | | | |
| 11. Vía de transporte: | | | | | | |
| Aérea: | | Terrestre: | | | Marítima: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **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** |
| **1)** Copia simple de la **factura / factura proforma del proveedor**, especificando el número y fecha del mismo |  |  |
| **2)** Copia del **certifica de registro sanitario** emitido por la **DNVS** |  |  |
| **3)** Copia simple de la constancia de inscripción en el Reg**istro Nacional de Sustancias Estupefacientes y Drogas Peligrosas** emitida por el **DRVS** |  |  |
| **4)** Copia simple de la constancia de inscripción en la **SENAD** |  |  |