**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALES SOBRE MEDICAMENTOS,**

**PRODUCTOS AFINES Y PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO**

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA:** |  |

|  |
| --- |
| **Datos de la empresa** |
| Nombre: |  |
| Dirección: |  |
| Teléfono: |  | Email: |  |
| Solicitante: |  |
| **Datos del Producto** |
| Nombre: |  |
| Casa Farmacéutica: |  | Modalidad de Venta: |  |
| Fecha de vencimiento del registro o inscripción: |  |
| **Datos del comercial** |
| Fecha en que se hará: |  | Medio a utilizar: |  | Tiempo: |  |
| Versiones: |
|  |
| Grupo social al que va dirigido | Público en general: |  | Profesional: |  |
| **Anexos:** |
| Original y copia de Foto-board o Story-board para comerciales a trasmitirse por televisión abierta, cable, circuito cerrado y a proyectarse en salas cinematográficas y medios similares. Original y copia de Story-line o texto para anuncio radiado.Original y copia de arte o boceto y texto para anuncio escritoFotocopia vigente de los certificados de registro o inscripciónde los productos a publicarse |
| **Observaciones:** |
| En caso de medicamentos de venta libre, la publicidad requiere del texto obligatorio **“CONSULTE A SU MEDICO SI LOS SINTOMAS PERSISTEN”**En caso de plaguicidas, la publicidad requiere del texto obligatorio **“ANTES DE USARSE LÉASE DETENIDAMENTE LAS INSTRUCCIONES”** |

F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del solicitante Sello