**PREVISIÓN DE CUOTA ANUAL DE MATERIA PRIMA DE SICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES**

 **PARA ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS**

 FORMA DE ADQUISICIÓN: IMPORTACIÓN

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  DATOS DE LA EMPRESA *(Llenar según patente de Comercio de Empresa)* |
| **Nombre de la empresa** |   |
| **Dirección****Comercial** |  |
| **Teléfono**  |   | **Correo electrónico** |   |
| **No. DE CERTIFICACIÓN PARA MANEJO DE SICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES****(Llenar en caso de renovación o actualización)** |
|  |
| **DATOS DE LA LICENCIA SANITARIA DEL ESTABLECIENTO FARMACÉUTICO** |
| **No. Licencia Sanitaria** | **Fecha de Vencimiento** | **Categoría** |
|   |   |   |
| DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO/PERSONA INDIVIDUAL |
| **Nombre** **del Representante Legal o Propietario/Persona Individual *(Según DPI)*** | **DPI o Pasaporte** ***(En caso de ser extranjero)*** |
|  |  |
| Firma del Representante Legal o Propietario/Persona Individual *(En original)* | Sello del Establecimiento Farmacéutico***(En original)*** |
|  |  |
| DATOS DEL DIRECTOR TÉCNICO |
| **Nombre *(Según DPI)*** | **DPI** |
|   |   |
| Firma *(En original)* | Sello del Director Técnico *(En original)* |
|  |  |
| DATOS DE LA MATERIA PRIMA A SOLICITAR |
| 1. | Nombre de la sustancia controlada (llenar una solicitud por cada materia prima): |
|   |
| 2. | Cantidad a adquirir anualmente: (Las sustancias sólidas se declaran en Kilogramos y las líquidas en litros, al respecto de la base anhidra)  |
|   |
| 3. | Adjuntar en hoja membretada firmada y sellada por el Representante Legal o Propietario, Justificación descriptiva y cuantitativa del uso que se le dará a la materia prima a adquirir (Describir detalladamente el procedimiento en el cual se emplea la sustancia solicitada, su función en el mismo y la cantidad empleada en cada procedimiento): |
|   |
| 4. | Adjuntar en hoja membretada firmada y sellada por Representante Legal o Propietario/Persona Individual, programa de producción mensual, elaborar una tabla que detalle el consumo de la sustancia solicitada, producto a fabricar, cantidad de producto fabricado y número de Registro Sanitario (si aplica):  |
|   |
| 5. | Volumen de Producción anual de producto terminado (si aplica): |
|   |

***NOTA: Cualquier información adicional adjuntarla en hoja membretada. Este es un Formulario Oficial, cualquier alteración provocará el rechazo inmediato del expediente***.

Continúa Control de Cambios. Hoja 2 de 2 No es necesaria para esta solicitud.