**PREVISIÓN DE CUOTA ANUAL DE MATERIA PRIMA**

**DE SICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES PARA EMPRESAS**

**NO FARMACÉUTICAS**

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 DEL REPRESENTANTE LEGAL OPROPIETARIO/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 de la Empresa **(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/Persona Individual, 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.