**PREVISIÓN DE CUOTA ANUAL DE PRODUCTO TERMINADO QUE CONTIENE SICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES PARA ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS Y 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 DE LA LICENCIA SANITARIA DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO*****(Llenar solamente cuando sea un Establecimiento 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 de la Empresa o Establecimiento Farmacéutico(Lo que corresponda) (En original) |
|  |  |
| DATOS DEL DIRECTOR TÉCNICO***(Llenar solamente cuando sea un Establecimiento Farmacéutico)*** |
| **Nombre *(Según DPI)*** | **DPI** |
|   |   |
| Firma *(En original)* | Sello del Director Técnico *(En original)* |
|  |  |
| DATOS DEL PRODUCTO TERMINADO |
| 1. | Nombre del Sicotrópico o Estupefaciente *(Llenar una solicitud por cada Sicotrópico o Estupefaciente)*: |
|   |
| 2. | Cantidad del Sicotrópico o Estupefaciente (en base anhidra) a adquirir anualmente: |
|   |
| 3. | Adjuntar en hoja membretada firmada y sellada por el Director Técnico del Establecimiento, Representante Legal o Propietario, la lista de productos terminados a adquirir *(incluyendo el número de Registro Sanitario, 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.