**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.