**SOLICITUD DE CERTIFICADOS DE EXPORTACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS Y PARA EMPRESAS NO FARMACÉUTICAS QUE MANEJAN SICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES**

|  |
| --- |
| Fecha de la Solicitud:  |
| **No. DE CERTIFICACIÓN PARA MANEJO DE SICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES** |
|   |
| **DATOS DE LA LICENCIA SANITARIA DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO EXPORTADOR*****(Llenar solamente cuando sea un Establecimiento Farmacéutico)*** |
| **No. Licencia Sanitaria** | **Fecha de Vencimiento** | **Categoría** |
|   |   |   |
| **DEL EXPORTADOR** |
| Nombre del Exportador:  |
| Domicilio del Exportador:  |
| **DEL IMPORTADOR** |
| Nombre del Importador:  |
| Domicilio del Importador:   |
| País del Importador:  |
| Consignatario:  |
| No. de Certificado de Importación:  |
| Fecha de Emisión del Certificado de Importación:  |
| Entidad que emite el Certificado de Importación:  |
| **DE LAS ADUANAS** |
| Aduana de egreso:   | Aduana de ingreso:  |
| **DE LA SUSTANCIA A EXPORTAR** |
| Nombre de la Sustancia o Preparado a Exportar: |   |
| Cantidad, descripción, presentación, incluyendo el contenido de cada presentación; concentración, nombre comercial y Contenido Aproximado en Base Anhidra Pura (En %). La presentación puede ser: tambos, frascos, ampollas, tabletas, caja, blíster, viales, cápsulas, etc.  |   |
| Cantidad de Sustancia en base anhidra en Kg o L: |   |
| Si es producto terminado consignar número de registro sanitario o reconocimiento mutuo vigente: |   |
|  **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 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)* |
|  |  |

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