**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.