**¿En qué casos llenar este formulario?**

1. Si por alguna razón de fuerza mayor el sistema VUCE 2.0 no estuviera en funcionamiento y fuera imposible tramitar los permisos de exportación o re-exportacion en esa página.
2. Si el producto a exportar o re-exportar no se puede tramitar en la NT 58, 54 ó 57.

**Pasos por seguir:**

1. Llenar el formulario y firmarlo de forma autógrafa o con firma digital por el representante legal autorizado ante nuestra unidad.
2. Enviar el formulario, la factura y conocimiento de embarque, guía aérea o carta de porte, según corresponda a precucr@icd.go.cr
3. Solo se admite una factura por formulario, a menos que las otras facturas que se anoten solo contengan productos no controlados por esta unidad.

REV: CCH

**FORMULARIO PARA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE IMPORTACIÓN DE PREPARADOS FARMACÉUTICOS QUE CONTIENEN PRECURSORES**

Nombre del Importador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección exacta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apartado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Exportador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

País de origen de las sustancias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Puerto o lugar de salida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha prevista para el ingreso del cargamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aduana o lugar de ingreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aduana en que se presentará la declaración de Importación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Factura (Debe emplearse un formulario por factura): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de conocimiento de embarque, guía aérea o carta de porte, según corresponda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DETALLE DE PRODUCTOS A EXPORTAR O RE-EXPORTAR**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Forma Farmacéutica del Producto a Importar | N° RegistroSanitario | Código delSistemaArmonizado | Nombre y Concentración de sustancia(s) controlada(s) en el producto | Presentacióndel Producto a Importar | Cantidad a Exportar por presentación | Total de Sustancia(s) Controlada(s) por producto (gramos netos) |
|  |  |  |  |  |  |  |

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO ES EXACTA Y VERDADERA,

NOMBRE DEL RESPONSABLE AUTORIZADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SE ADVIERTE QUE SUMINISTRAR INFORMACIÓN FALSA ES CONSTITUTIVO DE DELITO Y ESTÁ SUJETO A SANCIONES PENALES.**

**ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE FUNCIONARIOS DEL INSTITUTO COSTARRICENSE SOBRE DROGAS**

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: P/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE AUTORIZACIÓN\*: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE AUTORIZA

 Y SELLO CORRESPONDIENTE

\* ESTA AUTORIZACIÓN VENCE **CIENTO OCHENTA** DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE AUTORIZACIÓN (ART. 46 LEY 8204).