**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN PARA PAÍS EXPORTADOR DE PRODUCTOS Y/O PREPARADOS FARMACÉUTICOS QUE CONTIENEN PRECURSORES**

Nombre del Importador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Registro: PR-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nombre del Exportador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección exacta del Exportador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DETALLE DE PRODUCTOS A IMPORTAR**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Forma Farmacéutica del Producto a Importar | N° Registro Sanitario | Código del  Sistema  Armonizado | Nombre y Concentración de sustancia(s) controlada(s) en el producto | Presentación del Producto a Importar | Cantidad a Importar por presentación | Total de Sustancia(s) Controlada (s) por producto  (gramos netos) |
|  |  |  |  |  |  |  |

Por favor emitir certificación haciendo constar que mi representada está autorizada para la importación de este(os) producto(s), atentamente,

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

**Firma autógrafa de la persona representante legal o bien**

**envío del documento electrónico con firma digital válida**

REV: MVM