**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN PARA PAÍS EXPORTADOR DE SUSTANCIAS O PRODUCTOS CONTROLADOS COMO PRECURSORES**

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

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico oficial para notificaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**DETALLE DE PRODUCTOS A IMPORTAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de sustancia o producto a importar | N° Registro Sanitario (en caso de que aplique)\* | Presentación por unidad | Cantidad a Importar por presentación | Total de Sustancia(s) Controlada(s)  (Unidades S.I.) |
|  |  |  |  |  |

\* No aplica para muestras sin valor comercial, muestras para registro, patrones analíticos, materia prima farmacéutica (por el momento exenta de registro) y otros.

Por favor emitir certificación haciendo constar que mi representada está autorizada para la importación de esta sustancia(s) o producto(s), en la cantidad indicada.

Atentamente,

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

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

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

REV: MVM