|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LOGO DEL ESTABLECIMIENTO | | | **FORMATO 1B**  **SOLICITUD PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO DE NO OBJECIÓN PARA LA IMPORTACIÓN / EXPORTACIÓN DE SUSTANCIAS NO FISCALIZADAS** | | | | |
| **IMPORTACIÓN** | | | | |
| **EXPORTACIÓN** | | | | |
| **PARTE I. INFORMACIÓN DEL IMPORTADOR SOLICITANTE** | | | | | | | |
| 1. Categoría de la Empresa:  Laboratorio Importador Otros | | | | | | | |
| 2. Nombre o Razón Social: | | | | 3. R.U.C. N° | | | |
| 4. Domicilio Legal: | | | | | | 5. N° | |
| 6. Departamento: | 7. Ciudad: | 8. Teléfono: | | | 9. Correo Electrónico: | | |
| 10. Nombre del Representante Legal: | | | | | 11. Teléfono: | | |
| 12. Nombre del Director Técnico: | | | | | 13. N° R. P. | | 14. Teléfono: |
| **PARTE II. INFORMACIÓN DEL EXPORTADOR** | | | | | | | |
| 1. Nombre: | | | | | | | |
| 2. Domicilio: | | | | | | 3. País: | |
| 4. Observación: | | | | | 5 Correo Electrónico: | | |
| **PARTE III. INFORMACIÓN DE LA SUSTANCIA O DEL MEDICAMENTO A IMPORTAR** | | | | | | | |
| 1. Tipo de Producto a Importar:  Sustancia Producto Terminado Estándar de referencia | | | | | | | |
| **2. Clasificación del Producto a Importar**  Estupefaciente Psicotrópico | | | | | | | |
| **3.** Nombre de la sustancia / comercial: | | | | | | | |
| 4. Cantidad del medicamento o sustancia a importar: | | | 5. Forma de presentación: | | | | |
| 6. Nombre del principio activo (D.C.I) | | | 7.Concentración del principio activo por dosis posológica: | | | | |
| 8. Equivalencia en base del principio activo por forma farmacéutica (mg/g): | | | 9. Equivalencia total en base del principio activo (mg/g): | | | | |
| 10. País de origen: | | | 11: País de procedencia: | | | | |
| 10. Número de Registro Sanitario: | | | 11. Fecha de vencimiento del Registro Sanitario: | | | | |
| 12. Vía de transporte  Aérea Marítima Terrestre | | | | | | | |
| **PARTE IV. CANTIDAD TOTAL DE LA SUSTANCIA EN GRAMOS** | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Peso de Sustancia en (g) / (mg) | Constante  % | Vencimiento del Producto | Peso de Sustancia en Base (g) (MG) |
|  |  |  |  |

**SE ADJUNTA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DOCUMENTOS | **SI** | **NO** |
| Copia simple de la factura proforma del proveedor, especificar N° y fecha |  |  |
| Copia del Registro Sanitario, en caso de producto terminado |  |  |
| Copia autenticada de Inscripción en el Registro Nacional de Drogas |  |  |
| Copia autenticada de Inscripción en la SENAD |  |  |
| En caso de primer lote – Copia de constancia autenticada |  |  |

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

**Q.F. RESPONSABLE REPRESENTANTE LEGAL**

**FIRMA Y NOMBRE COMPLETO FIRMA Y NOMBRE COMPLETO**

**R. P. N° SELLO DE LA EMPRESA**