|  |  |
| --- | --- |
| 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**