**Formulario de Proceso Simplificado de Registro Sanitario (PSR)**

**PRODUCTO PARA DIAGNÓSTICO DE USO *IN VITRO***

Resolución DINAVISA N° 44/2024

Los que suscribimos, …………………………………de profesión Bioquímico/a con Reg. Prof. n.°… Regente/Director Técnico y Sr./a…………………………Representante Legal/Apoderado………………. con C. I. n.°…………………………………., en representación de la firma…………………………………………., declaramos bajo fe de juramento, que el/los producto/s citado/s abajo, cumple/n con todos los requisitos mencionados en la Resolución DINAVISA n.° 266/2022 así como con la Resolución DINAVISA n.° 44/2024.

* Nombre del producto:
* Nombre técnico:
* Finalidad de uso:
* Clase:
* Marca (si corresponde):
* Modelo (si corresponde):
* Familia de productos (si corresponde):
* Condición de venta:
* Condición de almacenamiento:
* Plazo de vida útil:
* Presentación/es:
* Nombre y dirección del fabricante:
* Nombre y dirección del fabricante alternativo (si corresponde):
* Nombre y dirección del importador/distribuidor/depósito/acondicionador (si corresponde):
* Lugar y fecha:

----------------------------------------------- -----------------------------------------------
 **Representante/Apoderado Legal Regente/Director Técnico**

 **Firma y Sello Firma y Sello**