Asunción ………/………./………

***DECLARACIÓN JURADA***

**Certificado de Libre Venta (CLV)**

Sr./Sra:

**DIRECCIÓN NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA**

**Suscriben,**

|  |  |
| --- | --- |
| Responsable técnico  |   |
| Reg. Prof. N°  |   |
| Representante Legal  |   |
| C.I. N°  |   |

**En representación del Titular del Registro Sanitario, la Empresa con datos:**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominación/ Razón social  |   |
| RUC  |   |
| Dirección  |   |

**Solicitan para los fines pertinentes, el CLV del medicamento:**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominación genérica  |   |
| Denominación comercial  |   |
| Forma farmacéutica  |   |
| Concentración  |   |
| Reg. San. N°  |   |

**Para su envío a:**

**Por el presente documento, declaramos bajo fe de juramento que:**

**1. El contenido de la información declarada es absolutamente cierta y veraz.**

**2. Los documentos presentados son copias de los originales y vigentes.**

**3. Tenemos conocimiento de que nuestra Representada, como Titular del Registro Sanitario, en caso de incumplimiento es pasible de las sanciones establecidas en las Leyes 1.119/97 “PRODUCTOS PARA LA SALUD Y OTROS”, y 6.788/21 “QUE ESTABLECE LA COMPETENCIA, ATRIBUCIONES Y ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA DIRECCION NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA”.**

**4. Toda la información precedentemente brindada, así como la documentación adjunta, se ajustan a la verdad, son correctas, legales, completas y vigentes; por lo que, de ser falsas, tengo pleno conocimiento y asumo las consecuencias legales, así como la responsabilidad civil y penal que ello implica. (Art. 243 del Código Penal Paraguayo).**

Atentamente,

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

 Firma y sello del Representante Legal Firma y sello del Representante Técnico