Haga clic y escriba la ciudad.,Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

**DIRECCIÓN NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA**

**PRESENTE**

El/la que suscribe Haga clic o pulse aquí para escribir texto. en calidad de Director(a) Técnico(a) del Establecimiento Haga clic o pulse aquí para escribir texto. Se dirige a quienes corresponda a fin de solicitar la ***VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE BPL DE LABORATORIO DE ALIMENTOS Y PRODUCTOS AFINES****:*

|  |
| --- |
| MOTIVO: |
| (Haga clic en el cuadro a seleccionar) | [ ] Primera vez [ ]  Renovación [ ] Homologación [ ]  Ampliación |
| DATOS DEL LABORATORIO  |
| NOMBRE O IDENTIFICACIÓN | Haga clic para escribir texto. | **RUC N.º** Haga clic para escribir texto. |
| RAZÓN SOCIAL | Haga clic para escribir texto. |
| DIRECCIÓN | Haga clic para escribir texto. | **LOCALIDAD** (Ciudad) | Haga clic para escribir texto. |
| DEPARTAMENTO | Haga clic para escribir texto. | **DISTANCIA EN KM** | Elija un elemento. |
| TELÉFONO | **Haga clic para** escribir texto. | **CORREO ELECTRÓNICO** | Haga clic para escribir texto. |
| ÁREA | Elija un elemento. |
| RUBRO (Haga clic en las opciones y elija la categoría si corresponde) | Elija un elemento. |
| DATOS DEL DIRECTOR TÉCNICO Y PROPIETARIO *(en caso de que el propietario sea el DT completar solo la primera opción)* |
| Director TécnicoIngresar Nombre y Apellido.Profesión Haga clic aquí para escribir texto.Registro Profesional Nro.Haga clic aquí para escribir texto. | **Dirección Particular**Ingresar Nombre y Apellido.**Nº de Teléfono Particular**Ingresar Nombre y Apellido.**Correo electrónico**Haga clic para escribir texto. |
| PropietarioIngresar Nombre y Apellido.Profesión Haga clic aquí para escribir texto.Registro Profesional Nro.Haga clic aquí para escribir texto. | **Dirección Particular**Ingresar Nombre y Apellido.**Nº de Teléfono Particular**Ingresar Nombre y Apellido.**Correo electrónico**Haga clic para escribir texto. |
| CAPACIDAD ANALITICA *(INSERTAR MAS FILAS SEGÚN NECESIDAD)* |
| MATRIZ / ALIMENTO | **PRUEBAS (FISICOQUIMICO/MICROBIOLÓGICO)** | **DETERMINACIONES** | **METODOLOGÍA** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| ANALISTAS AUTORIZADOS PARA REALIZAR ANALISIS *(INSERTAR MAS FILAS SEGÚN NECESIDAD)* |
| NOMBRE Y APELLIDO | **PROFESIÓN** | **REGISTRO PROFESIONAL Nº** | **FUNCIÓN** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto.Firma y sello del Representante Legal | Haga clic o pulse aquí para escribir texto.**Firma y sello del Director Técnico** |