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 Técnico  Ingresar 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. | | | |
| Propietario  Ingresar 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** |