Asunción, Elija una fecha de Elija un mes de Elija un año

Dirección General.

Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria.

DINAVISA

**PRESENTE**

## **Me dirijo a Usted con el fin de solicitar la emisión de un documento con la observación de “AFECTADO” o “NO AFECTADO” establecido por el** *Decreto Nº. 7505 de fecha 18 de octubre de 2011. Por el cual se reglamenta la Ley Nº. 4397/11 “QUE PROHÍBE EL USO DE TRIPOLIFOSFATO DE SODIO EN PRODUCTOS DOMISANITARIOS NACIONALES Y/O EXTRANJEROS EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL”.*

| 1. **DATOS DEL IMPORTADOR**
 |
| --- |
| **NOMBRE DEL IMPORTADOR:** | Haga clic aquí para escribir el nombre del Importador |
| **N° DE FACTURA:** | Haga clic aquí para escribir el número de factura |
| **FECHA DE EMISIÓN DE FACTURA:** | Haga clic aquí para escribir fecha de emisión de factura. |
| **N° DE SOLICITUD DE VUI:** |  |

| 1. **NOMBRE COMERCIAL**
 | **N° DE REGISTRO** | **AFECTADO (EXCLUSIVO DE SECCIÓN DOMISANITARIOS)** |
| --- | --- | --- |
|  |  |

| **SÍ** | **NO** |
| --- | --- |

 |
|  |  |

| **SÍ** | **NO** |
| --- | --- |

 |
|  |  |

| **SÍ** | **NO** |
| --- | --- |

 |
|  |  |

| **SÍ** | **NO** |
| --- | --- |

 |
|  |  |

| **SÍ** | **NO** |
| --- | --- |

 |
|  |  |

| **SÍ** | **NO** |
| --- | --- |

 |

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

FIRMA Y SELLO DEL REGENTE