**SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS QUE DISTRIBUYEN Y COMERCIALIZAN PRODUCTOS COSMÉTICOS E HIGIÉNICOS MAQUILADOS A SU NOMBRE**

**USO OFICIAL**

**Fecha de Recepción:**

**Solicitud N°:**

Timbre Fiscal de C$ 10.00

Timbre Fiscal de C$ 10.00

|  |
| --- |
| **1.- Datos del Solicitante/Representante Legal**  |
| 1.1. Nombre completo: 1.2. Dirección: 1.3. Teléfono: 1.4.Cedula de identidad:­ 1.5.Fax: 1.6. Correo electrónico: 1.7. Persona Natural [ ]  1.8. Persona Jurídica [ ]   |
| **2.- Datos del Establecimiento** |
| 2.1. Nombre o Razón Social: 2.2. Dirección: 2.3. Teléfono: 2.4.Fax: 2.5.Correo Electrónico:   |
| **3.- Descripción del Establecimiento** |
| 3.1. Área total construida:  3.2. Área de bodega: 3.2.1. Tipo de: techo: piso: paredes:  iluminación: ventilación:  |
| **4.- Documentos adjuntos** |
| 4.1-Escritura de Constitucion de la Sociedad  |
| 4.2-Contrato de maquila con listado de Productos (autenticado)  |
| 4.3-Poder Especial a favor del Profesional Farmaceutico para la realizacion de trámite de Registro Sanitario (aplica para Distribuidoreas e Importadoras de Productos Cosmeticos e Higienicos) |
| 4.4-Copia de cédula de identidad del Solicitante/Representante Legal |
| 4.5-Copia de cédula de identidad del Profesional Farmacéutico (cuando aplique) |
| 4.6-Planos |

**Declaro que todos los datos consignados en la solicitud son verdaderos así como toda la documentación que le acompaña; por lo que acepto, sello y firmo.**

**Si los datos o información contenida en esta solicitud y demás documentos que se acompañe, es falsa o errónea, es motivo de la cancelación del trámite.**

**Número de Folio:**

**Nombre completo y firma del Solicitante/Representante Legal**