**SOLICITUD DE EMISIÓN DE PERMISO DE IMPORTACIÓN DE ESTUPEFACIENTES, PSICOTRÓPICOS, PRECURSORES QUÍMICOS O AGREGADOS**

**(SUSTANCIA PURA O MEDICAMENTO)**

**Señor Director**

**Dirección Nacional de Medicamentos:**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Químico Farmacéutico Médico Veterinario

Inscrito en: JVPQF JVPMV, bajo el número\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Actuando en calidad de Regente de: Establecimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inscrito en la DNM bajo el número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con sistema para el manejo de sustancias y productos controlados autorizado bajo el número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Y vigente hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En cumplimiento a lo establecido en los Arts.1, 6 literales j) y q) y Art. 68 de la Ley de Medicamentos, Art. 15 del Reglamento General de la Ley de Medicamentos, Arts. 13 y 69 del Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos, Precursores, Sustancias y Productos Químicos y Agregados y Art. 31 de la Convención Única de Estupefacientes de 1961. A usted atentamente solicito autorización para importar:

Medicamento Sustancia Pura

Nombre Comercial del Producto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Principio Activo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Concentración de Principio Activo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Registro Sanitario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Forma farmacéutica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presentación Comercial\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de Lote y vencimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cantidad a importar (número)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cantidad a importar (letras)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Clasificado como: Estupefaciente Psicotrópico Agregado Precursor Químico

País de origen\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uso de la sustancia o medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Amparado en factura de importación número (factura o pro-forma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Transporte (Vía): Aérea Terrestre Marítima

Punto de ingreso (Aduana)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Exportado por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Punto de salida del país exportador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Operador (si aplica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **CUANDO EL DOCUMENTO NO SE PRESENTE POR EL FIRMANTE, DEBE COMPLETAR EL SIGUIENTE CUADRO:** |
| **Autorizo al Sr(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DUI No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para realizar el trámite correspondiente ante la DNM.**  **FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Santa Tecla, a los\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_.

**Sello del establecimiento Firma y sello del Regente.**

**Autorizado por la DNM. DUI:**

**Teléfono: Teléfono:**

**Correo electrónico:**

**NOTA: En caso de que la solicitud no sea presentada por el firmante, deberá autenticarse la firma ante notario, de conformidad a normativa vigente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***PARA USO EXCLUSIVO DE LA DNM:*** | | |
| **FECHA DE RECEPCIÓN:** | **RECIBIDO POR:** | **FIRMA:** |