**Instrucciones**

Llene todos los espacios en blanco en computadora. En aquellos casos donde NO APLIQUE, coloque N/A cuando corresponda. Los **Formularios incompletos** no serán aceptados para objeto de revisión del Departamento de Registro de la Dirección Nacional de Salud Animal. Cuando requiera, podrá ampliar los espacios.

El MIDA podrá solicitar en cualquier momento la presentación de documentos adicionales que sustenten la calidad, seguridad o eficacia de los medicamentos veterinarios y productos afines o la aclaración de cualquier información contenida en el expediente de registro. Si se requiere de controles extras el costo de los mismos será cubierto por el registrante (Art.6 inciso l del RTCA 65.05.51:18).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Establecimiento Solicitante: Propietario / Representante Legal** | 1.1.- Nombre de la empresa solicitante |  |
| 1.2.- N° de registro sanitario de la empresa |  |
| 1.3.- Nombre del propietario o representante legal |  |
| 1.4.- Dirección  |  |
| 1.5.- Teléfono y Fax |  |
| 1.6. Correo electrónico |  |
| 1.7. Lugar o medio para recibir notificaciones |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Nombre Comercial del Producto:** |  |
| **3. Renovación (N°. de Registro sanitario)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. Establecimiento Fabricante:**  | 4.1.- Nombre de la empresa Fabricante |  |
| 4.2.- País de Origen |  |
| 4.3.- Ciudad |  |
| 4.4.- Estado |  |
| 4.5.- Nombre del profesional (regente que solicita el registro sanitario) |  |
| 1.6. Número de Identificación profesional |  |
| 4.7.-Teléfono |  |
| 4.8.-Movil |  |
| 4.7. Correo Electrónico |  |

**Se adjunta a esta solicitud los requisitos de renovación de registro establecidos en este reglamento.**

**Toda la información que se adjunta a esta solicitud, es parte integral de la misma.**

**Declaramos que la información presentada es verdadera y que toda alteración o información falsa, invalida esta solicitud, sin menoscabo de la responsabilidad penal que ello implica**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre y firma del regente** |  | **Nombre y firma del registrante** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lugar y Fecha:** |  |  |