

SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DE
ESTABLECIMIENTOS QUE IMPORTAN SUSTANCIAS QUÍMICAS
PRECURSORAS PARA CONSUMO INTERNO

USO OFICIAL

Solicitud N°:

Timbre
Fiscal de
C\$ 10.00

Fecha de Recepción:

Timbre
Fiscal de
C\$ 10.00

1.- Datos del Establecimiento

1.1. Nombre del laboratorio: _____

1.2. Dirección: _____

1.3. Teléfono: _____ 1.4. Fax: _____ 1.5. Correo electrónico: _____

2.- Datos del Representante Legal

2.1. Nombre completo: _____

2.2. Dirección: _____

2.3. Teléfono: _____ 2.4. Cedula de identidad: _____ 2.5. Fax: _____

2.6. Correo electrónico: _____ 2.7. Persona Natural 2.8. Persona Jurídica

3.- Datos del Regente

3.1. Nombre: _____

3.2. Dirección: _____

3.3. Teléfono: _____ 3.4. Edad: _____ 3.5. Cedula de identidad: _____

3.6. Código sanitario: _____ 3.7. Horario que ejercera sus funciones: _____

3.8. Profesión: _____

4.-Datos adjuntos

4.1-Copia Notariada de Escritura de Constitución de la Sociedad (Cuando aplique)

4.2-Poder de Administración del Representante Legal de la Sociedad (Cuando aplique)

4.3-Documento extendido por el proveedor que lo acredita para importar sustancias químicas precursoras (adjuntar listados de productos , ficha técnica y número CAS)

4.4-Carta de Solicitud del profesional para regentar el establecimiento

Para el caso de sustancias químicas precursoras y productos que las contengan, el regente puede ser Licenciado en Farmacia, Licenciado en Química y Farmacia, Ingeniero Químico, Licenciado en Química.

4.5-Contrato de Trabajo entre el Regente y el Solicitante/Representante Legal

4.6-Copia de cédula de identidad del Regente

4.7-Copia de cédula de identidad Representante Legal



REPUBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE FARMACIA

Declaro que todos los datos consignados en la solicitud y en el Expediente son ciertos 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 Folios: _____

Nombre completo y firma del Representante Legal /Sello del Establecimiento