## FORMATO F 3

## Solicitud - Declaración Jurada

## CERTIFICACION O RENOVACION DE CERTIFICACIÓN EN BUENAS PRACTICAS DE FARMACOVIGILANCIA



DIREMID

N° DE EXPEDIENTE :

1. CLASHICACION DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO  A LABORATORIO DROGUERIA   ALMACEN ESPECIALIZADO    B. MARQUE EL TIPO DE PRODUCTO :  a) Laboratorios y droquerias titulares de registro sanitario ylo del certificado de registro sanitario de algún producto individuo similar y outros productos farmaceduticos.  b) Laboratorios y droquerias titulares de registro sanitario ylo del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéutico biológico    communológico y droquerias titulares de registro sanitario ylo del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéutico biológico    communicación y droquerias titulares de registro sanitario ylo del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéutico biológico    communicación y droquerias titulares de registro sanitario ylo del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéutico    d) Laboratorios y droquerias titulares de registro sanitario ylo del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéutico    d) Laboratorios y droquerias titulares de registro sanitario ylo del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéutico    d) Laboratorios y droquerias titulares de registro sanitario ylo del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéutico    d) Laboratorios y droquerias titulares de registro sanitario ylo del certificado de registro sanitario producto farmacéutico    d) Laboratorios y droquerias titulares de registro sanitario ylo del certificado de registro sanitario producto farmacéutico    d) Laboratorios y droquerias titulares de registro sanitario ylo del certificado de registro sanitario producto farmacéutico    d) Laboratorios y droquerias titulares de registro sanitario y de registro sanitario y del regi	4 01 401510 40:0:: 55: 55: 55:	PARTE I. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (de acuerdo a lo autorizado por la DIGEMID)							
B. MARQUE EL TIPO DE PRODUCTO: a) Laboratorios y droquerlas ithulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de algún producto biológico similar y divos productos farmacidulicos. b) Laboratorios y droquerlas ithulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéutico biológico:   Intumunológico (vacuna, suero, aférgeno), y otros productos farmacéuticos de registro sanitario de algún producto farmacéutico biológico (charvados de sanger humana y plasma humano, productos óbtenicios por procedimientos biolecnológicos, dros productos farmacéuticos. c) Laboratorios y droquerlas titulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéuticos productos farmacéuticos de productos farmacéuticos productos farmacéuticos afermacéuticos farmacéuticos a de productos farmacéuticos no titulares de registro sanitario de algún producto farmacéuticos o   c) Disquerlas de productos farmacéuticos no titulares de registro sanitario de algún producto farmacéuticos no titulares de registro sanitario de algún productos farmacéuticos no titulares de registro sanitario de algún productos farmacéuticos no titulares de registro sanitario de algún productos farmacéuticos no titulares de registro sanitario de algún productos farmacéuticos no titulares de registro sanitario de algún productos farmacéuticos no titulares de registro sanitario de algún producto farmacéuticos no titulares de registro sanitario de algún productos farmacéuticos no titulares de registro sanitario de algún productos farmacéuticos no titulares de registro sanitario de algún productos farmacéuticos no titulares de registro sanitario y/de de algún productos farmacéuticos no titulares de registro sanitario y/de de productos farmacéuticos.  CE. Titular de Registro Sanitario (TRS)		BLECIMIENTO FARM							
a) Laboratorios y droguerías titulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de algún producto biológico similiar y otros productos farmacéuticos.  b) Laboratorios y droguerías titulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéuticos (cervados de sangre humano y/peten est titulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de del agún producto farmacéuticos (cervados de sangre humano y/peten est titulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéuticos de sangre humano y/peten est titulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéuticos y/o del certificado de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de productos farmacéuticos y/o de productos farmacéuticos y/o de productos farmacéuticos y/o de productos farmacéuticos y/o de productos farmacéuticos en titulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de productos farmacéuticos y/o de pr			DROGUERIA		ALMA	ACEN ESPECIALIZADO			
Inimunológico (vácuna, suero, alérgeno), y otros productos farmacéuticos.    Cartificado de registro sanitario de algún producto farmacéuticos productos farmacéuticos y droguerías titulares de registro sanitario y de le certificado de registro sanitario de algún productos farmacéuticos.	a ) Laboratorios y droguerías titula		rio y/o del certificado	de registro sanitario	de algún pr	roducto biológico similar y			
(derivados de sangre humana y plasma humano, productos obtenidos por procedimientos biotecnológicos, otros productos biológicos), y otros productos farmacéuticos.  d) Laboratorios y droguerías titulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de algún productos farmacéuticos en citulares de registro sanitario, droguerías de productos farmacéuticos no titulares del certificado de registro sanitario, droguerías de productos farmacéuticos.  f) Almacenes especializados que almacenan y distribuyen productos farmacéuticos.  C. Titular de Registro Sanitario (TRS)   Titular del Certificado de Registro Sanitario (TCRS)   Otros    2. RAZON SOCIAL :	b) Laboratorios y droguerías titulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéutico biológico: Inmunológico (vacuna, suero, alérgeno), y otros productos farmacéuticos.								
e) Droguerías de productos farmacéuticos no titulares del certificado de registro sanitario de productos farmacéuticos.    Optivity of the productos farmacéuticos or titulares del certificado de registro sanitario de productos farmacéuticos.	(derivados de sangre humana y plasma humano, productos obtenidos por procedimientos biotecnológicos, otros productos biológicos), y otros								
certificado de registro sanitario de productos farmacéuticos.  () Almacenes especializados que almacenan y distribuyen productos farmacéuticos.  (C. Titular de Registro Sanitario (TRS)	d) Laboratorios y droguerías titulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéutico								
C. Titular de Registro Sanitario (TRS)   Titular del Certificado de Registro Sanitario (TCRS)   Otros    2. RAZON SOCIAL									
2. RAZON SOCIAL :  3. NOMBRE COMERCIAL :  4. R.U.C. N°  5. OFICINA ADMINISTRATIVA  AV/ Calle / Jr.  N°  MZ  Lote  Km  Interior  Piso  URBANIZACIÓN  REFERENCIA  DISTRITO  PROVINCIA  DEPARTAMENTO  TELEFONO / CELULAR  FAX / ANEXO  CORREO ELECTRÓNICO  Autorizo que a través de este correo electrónico, se efectuen todas las notificaciones que se requieran para éste trámite, de acuerdo con el Art. 20' de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS:  6. DATOS DE FARMACOVIGILANCIA  NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCNICO :  NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCNICO :  PROFESIÓN DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA :  TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA :  NOMBRE DEL AL EMPRESA CON LA CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA :  SI (especificar)  NO CORREO ELECTRÓNICO:  PROFESIÓN DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA :  SI (especificar)  NO CORREO ELECTRÓNICO:  PRATE IL TRAMITE SOLICITADO  CERTIFICACIÓN RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN    ELECTRÓNICO:  FARMACOVIGILANCIA de Farmacovigliancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, para la importación, distribución, alimacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	f) Almacenes especializados que almacenan y distribuyen productos farmacéuticos.								
3. NOMBRE COMERCIAL:  4. R.U.C. N°  5. OFICINA ADMINISTRATIVA  AV./ Calle / Jr.  N°  Mz  Lote  Km  Interior  Piso  URBANIZACIÓN  REFERNCIA  DISTRITO  PROVINCIA  DEPARTAMENTO  TELEFONO / CELULAR  FAX / ANEXO  CORREO ELECTRÓNICO  Autorizo que a través de este correo electrónico, se efectuen todas las notificaciones que se requieran para éste trámite, de sı no cacerdo con el Art. 20' de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS:  6. DATOS DE FARMACOVIGILANCIA  NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCNICO  NOMBRE DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA  PROFESIÓN DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA  TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA  TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA  SI (especificar)  NO   NOMBRE DE LA EMPRESA CON LA CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA  EL CORREC ELECTRÓNICO:  PARTE II. TRAMITE SOLICITADO  CERTIFICACIÓN RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN  EL Certificado de Buenas Prácticas de Farmacoviglancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	C. Titular de Registro Sani	tario (TRS)	Titular del Certif	icado de Registro S	anitario (T	CRS) Otros			
A. R.U.C. N°    S. OFICINA ADMINISTRATIVA	2. RAZON SOCIAL								
5. OFICINA ADMINISTRATIVA  Av/ Calle / Jr.  N°	3. NOMBRE COMERCIAL :								
AV./ Calle / Jr.  N°	4. R.U.C. N° :						•		
Nº Mz Lote Km Interior Piso  URBANIZACIÓN REFERENCIA  DISTRITO PROVINCIA DEPARTAMENTO  TELEFONO / CELULAR FAX / ANEXO CORREO ELECTRÓNICO  Autorizo que a través de este correo electrónico, se efectuen todas las notificaciones que se requieran para éste trámite, de acuerdo con el Art. 20" de la Ley Nº 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. Nº 004-2019-JUS:  6. DATOS DE FARMACOVIGILANCIA  NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCNICO  NOMBRE DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA  PROFESIÓN DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA  IERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA: SI (especificar) NO  NOMBRE DEL A EMPRESA CON LA CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA: SI (especificar)  NOMBRE DEL LA EMPRESA CON LA CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA :  PARTE II. TRAMITE SOLICIADO  CERTIFICACIÓN RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN  El Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	5. OFICINA ADMINISTRATIVA								
REFERNCIA  DISTRITO PROVINCIA DEPARTAMENTO  TELEFONO / CELULAR FAX / ANEXO CORREO ELECTRÓNICO  Autorizo que a través de este correo electrónico, se efectuen todas las notificaciones que se requieran para éste trámite, de acuerdo con el Art. 20° de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS:  6. DATOS DE FARMACOVIGILANCIA NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCNICO  SOMBRE DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA PROFESIÓN DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA :  REFORIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA: SI (especificar) NO   NOMBRE DE LA EMPRESA CON LA CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA :  PARTE II. TRAMITE SOLICITADO  CERTIFICACIÓN RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN  El Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	Av./ Calle / Jr.								
REFERENCIA  DISTRITO PROVINCIA DEPARTAMENTO  TELEFONO / CELULAR FAX / ANEXO CORREO ELECTRÓNICO  Autorizo que a través de este correo electrónico, se efectuen todas las notificaciones que se requieran para éste trámite, de acuerdo con el Art. 20° de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS:  6. DATOS DE FARMACOVIGILANCIA NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCNICO NOMBRE DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA PROFESIÓN DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA  TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA: SI (especificar) NOMBRE DE LA EMPRESA CON LA CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA EI CORREO ELECTRÓNICO: PARTE II. TRAMITE SOLICITADO  CERTIFICACIÓN RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN  EI Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	Nº Mz	Lo	ote	Km	Interio	or Piso			
DISTRITO PROVINCIA DEPARTAMENTO  TELEFONO / CELULAR FAX / ANEXO CORREO ELECTRÓNICO  Autorizo que a través de este correo electrónico, se efectuen todas las notificaciones que se requieran para éste trámite, de acuerdo con el Art. 20° de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS:  6. DATOS DE FARMACOVIGILANCIA  NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCNICO NOMBRE DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA  PROFESIÓN DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA  TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA: SI (especificar)  NO  NOMBRE DE LA EMPRESA CON LA CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA  CORREO ELECTRÓNICO: PARTE II. TRAMITE SOLICITADO  CERTIFICACIÓN RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN  El Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	URBANIZACIÓN								
TELEFONO / CELULAR  FAX / ANEXO  CORREO ELECTRÓNICO  Autorizo que a través de este correo electrónico, se efectuen todas las notificaciones que se requieran para éste trámite, de acuerdo con el Art. 20° de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS:  6. DATOS DE FARMACOVIGILANCIA  NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCNICO  NOMBRE DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA  PROFESIÓN DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA  TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA:  SI (especificar)  NO   NOMBRE DE LA EMPRESA CON LA CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA  CORREO ELECTRÓNICO:  PARTE II. TRAMITE SOLICITADO  CERTIFICACIÓN  RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN  El Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	REFERENCIA								
Autorizo que a través de este correo electrónico,se efectuen todas las notificaciones que se requieran para éste trámite, de acuerdo con el Art. 20° de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS:  6. DATOS DE FARMACOVIGILANCIA  NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCNICO  NOMBRE DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA  PROFESIÓN DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA  TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA:  SI (especificar)  NO   NOMBRE DE LA EMPRESA CON LA CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA:  PARTE II. TRAMITE SOLICITADO  CERTIFICACIÓN  RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN  El Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	DISTRITO	_	PROVINCIA		-	DEPARTAMENTO			
Autorizo que a través de este correo electrónico,se efectuen todas las notificaciones que se requieran para éste trámite, de acuerdo con el Art. 20° de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS:  6. DATOS DE FARMACOVIGILANCIA  NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCNICO  NOMBRE DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA  PROFESIÓN DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA  TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA:  SI (especificar)  NO   NOMBRE DE LA EMPRESA CON LA CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA:  PARTE II. TRAMITE SOLICITADO  CERTIFICACIÓN  RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN  El Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.									
acuerdo con el Art. 20° de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS:  6. DATOS DE FARMACOVIGILANCIA  NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCNICO :  NOMBRE DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA :  PROFESIÓN DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA :  TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA: SI (especificar) NO  NOMBRE DE LA EMPRESA CON LA CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA :  PARTE II. TRAMITE SOLICITADO  CERTIFICACIÓN RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN  El Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	TELEFONO / CELUL AD		EAY / ANEYO			CORREO EL ECTRÓN	lico		
NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCNICO :  NOMBRE DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA :  PROFESIÓN DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA :  TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA:  NOMBRE DE LA EMPRESA CON LA CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA :  PARTE II. TRAMITE SOLICITADO  CERTIFICACIÓN RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN  El Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	TELEFONO / CELULAR	]	FAX / ANEXO			CORREO ELECTRÓN	IICO		
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA :  PROFESIÓN DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA :  TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA:  NOMBRE DE LA EMPRESA CON LA CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA :  PARTE II. TRAMITE SOLICITADO  CERTIFICACIÓN RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN  EI Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	Autorizo que a través de este correc		n todas las notificacior			mite, de s			
FARMACOVIGILANCIA :  PROFESIÓN DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA :  TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA:  NOMBRE DE LA EMPRESA CON LA CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA :  PARTE II. TRAMITE SOLICITADO  CERTIFICACIÓN RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN  El Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	Autorizo que a través de este correc acuerdo con el Art. 20° de la Ley N°	27444 Ley del Procedi	n todas las notificacior			mite, de s			
FARMACOVIGILANCIA : TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA: SI (especificar) NO  NOMBRE DE LA EMPRESA CON LA CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA : CORREO ELECTRÓNICO:  PARTE II. TRAMITE SOLICITADO  CERTIFICACIÓN RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN  El Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	Autorizo que a través de este correc acuerdo con el Art. 20° de la Ley N° 6. DATOS DE FARMACOVIGILA	27444 Ley del Procedi	n todas las notificacior			mite, de s			
NOMBRE DE LA EMPRESA CON LA CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA :  CORREO ELECTRÓNICO:  PARTE II. TRAMITE SOLICITADO  CERTIFICACIÓN RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN  El Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	Autorizo que a través de este correc acuerdo con el Art. 20° de la Ley N° 6. DATOS DE FARMACOVIGILA NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCI NOMBRE DEL RESPONSABLE	27444 Ley del Procedi NCIA NICO :	n todas las notificacior			mite, de s			
CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA : ELECTRÓNICO:  PARTE II. TRAMITE SOLICITADO  CERTIFICACIÓN RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN  El Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	Autorizo que a través de este correc acuerdo con el Art. 20° de la Ley N° 6. DATOS DE FARMACOVIGILA NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCI NOMBRE DEL RESPONSABLE FARMACOVIGILANCIA PROFESIÓN DEL RESPONSAB	27444 Ley del Procedi NCIA NICO : DE :	n todas las notificacior			mite, de s			
PARTE II. TRAMITE SOLICITADO  CERTIFICACIÓN  RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN  El Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	Autorizo que a través de este correc acuerdo con el Art. 20° de la Ley N° 6. DATOS DE FARMACOVIGILA NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCI NOMBRE DEL RESPONSABLE FARMACOVIGILANCIA PROFESIÓN DEL RESPONSAB FARMACOVIGILANCIA	27444 Ley del Procedi NCIA NICO : DE : LE DE :	n todas las notificacion miento Administrativo	General, aprobado con	n D.S. № 00	mite, de s 14-2019-JUS:			
CERTIFICACIÓN RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN  El Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	Autorizo que a través de este correc acuerdo con el Art. 20° de la Ley N° 6. DATOS DE FARMACOVIGILA NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCI NOMBRE DEL RESPONSABLE FARMACOVIGILANCIA PROFESIÓN DEL RESPONSAB FARMACOVIGILANCIA TERCERIZA SERVICIO DE FAR NOMBRE DE LA EMPRESA CO	27444 Ley del Procedi NCIA NICO : DE : LE DE : MACOVIGILANCIA: N LA	n todas las notificacion miento Administrativo	General, aprobado con	n D.S. N° 00	mite, de s4-2019-JUS:			
El Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	Autorizo que a través de este correc acuerdo con el Art. 20° de la Ley N° 6. DATOS DE FARMACOVIGILA NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCI NOMBRE DEL RESPONSABLE FARMACOVIGILANCIA PROFESIÓN DEL RESPONSAB FARMACOVIGILANCIA TERCERIZA SERVICIO DE FAR NOMBRE DE LA EMPRESA CO CUAL TERCERIZA SERVICIO D FARMACOVIGILANCIA	27444 Ley del Procedi NCIA NICO : DE : LE DE : MACOVIGILANCIA: N LA E :	n todas las notificacion miento Administrativo	General, aprobado con	n D.S. N° 00	mite, de s4-2019-JUS:			
distribución, almacenamiento, farbricación, y/o comercialización a la fecha de la inspeccion por certificación.	Autorizo que a través de este correc acuerdo con el Art. 20° de la Ley N°  6. DATOS DE FARMACOVIGILA NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCI NOMBRE DEL RESPONSABLE FARMACOVIGILANCIA PROFESIÓN DEL RESPONSAB FARMACOVIGILANCIA TERCERIZA SERVICIO DE FAR NOMBRE DE LA EMPRESA CO CUAL TERCERIZA SERVICIO D FARMACOVIGILANCIA	27444 Ley del Procedi NCIA NICO : DE : LE DE : MACOVIGILANCIA: N LA E :	n todas las notificacion miento Administrativo	General, aprobado con	ar)	NO CORREO TRÓNICO:			
SE ADJUNTA:	Autorizo que a través de este correc acuerdo con el Art. 20° de la Ley N°  6. DATOS DE FARMACOVIGILA NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCI NOMBRE DEL RESPONSABLE FARMACOVIGILANCIA PROFESIÓN DEL RESPONSAB FARMACOVIGILANCIA TERCERIZA SERVICIO DE FAR NOMBRE DE LA EMPRESA COI CUAL TERCERIZA SERVICIO D FARMACOVIGILANCIA PARTE II. TRAMITE SOLICITAD CE	27444 Ley del Procedi NCIA NICO : DE : LE DE : MACOVIGILANCIA: N LA E : O RTIFICACIÓN	n todas las notificacion miento Administrativo	General, aprobado con  (especifica	ar)  ELEC	NO CORREO TRÓNICO:	I NO		
	Autorizo que a través de este correc acuerdo con el Art. 20° de la Ley N°  6. DATOS DE FARMACOVIGILA NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCI NOMBRE DEL RESPONSABLE FARMACOVIGILANCIA PROFESIÓN DEL RESPONSAB FARMACOVIGILANCIA TERCERIZA SERVICIO DE FAR NOMBRE DE LA EMPRESA CO CUAL TERCERIZA SERVICIO D FARMACOVIGILANCIA PARTE II. TRAMITE SOLICITAD CE El Certificado de Buenas Prácticas de F	27444 Ley del Procedi NCIA NICO : DE : LE DE : MACOVIGILANCIA: N LA E : O RTIFICACIÓN	n todas las notificacion miento Administrativo  SI  gará al establecimiento fi	(especifica  RENOVACIÓN  armacéutico, de acuerdo	ar)  ELEC	NO CORREO TRÓNICO:	I NO		
	Autorizo que a través de este correc acuerdo con el Art. 20° de la Ley N°  6. DATOS DE FARMACOVIGILA NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCI NOMBRE DEL RESPONSABLE FARMACOVIGILANCIA PROFESIÓN DEL RESPONSAB FARMACOVIGILANCIA TERCERIZA SERVICIO DE FAR NOMBRE DE LA EMPRESA COI CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA PARTE II. TRAMITE SOLICITAD CE El Certificado de Buenas Prácticas de F distribución, almacenamiento, farbricaci SE ADJUNTA:	27444 Ley del Procedi NCIA NICO : DE : LE DE : MACOVIGILANCIA: N LA E : O RTIFICACIÓN	n todas las notificacion miento Administrativo  SI  gará al establecimiento fi	(especification)  RENOVACIÓN  armacéutico, de acuerdo on por certificación.	ar)  ELEC  DE CERTIF  a los produc	NO CORREO TRÓNICO:  FICACIÓN tos farmacéuticos autorizados, registrad	I NO		
COMPROBANTE DE PAGO N°   DIA DE PAGO:	Autorizo que a través de este correc acuerdo con el Art. 20° de la Ley N°  6. DATOS DE FARMACOVIGILA  NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCI  NOMBRE DEL RESPONSABLE FARMACOVIGILANCIA  PROFESIÓN DEL RESPONSAB FARMACOVIGILANCIA  TERCERIZA SERVICIO DE FAR  NOMBRE DE LA EMPRESA CO CUAL TERCERIZA SERVICIO D FARMACOVIGILANCIA  PARTE II. TRAMITE SOLICITAD  CE  El Certificado de Buenas Prácticas de F distribución, almacenamiento, farbricaci  SE ADJUNTA:  DOCUMENTOS	27444 Ley del Procedi NCIA NICO : DE : LE DE : MACOVIGILANCIA: N LA E : O RTIFICACIÓN	n todas las notificacion miento Administrativo  SI  gará al establecimiento fi	(especification)  RENOVACIÓN  armacéutico, de acuerdo on por certificación.	ar)  ELEC  DE CERTIF  a los produc	NO CORREO TRÓNICO:	I NO		
OTROS DOCUMENTOS QUE ADJUNTA	Autorizo que a través de este correc acuerdo con el Art. 20° de la Ley N°  6. DATOS DE FARMACOVIGILA NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCI NOMBRE DEL RESPONSABLE FARMACOVIGILANCIA PROFESIÓN DEL RESPONSAB FARMACOVIGILANCIA TERCERIZA SERVICIO DE FAR NOMBRE DE LA EMPRESA COI CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA  PARTE II. TRAMITE SOLICITAD CE El Certificado de Buenas Prácticas de F distribución, almacenamiento, farbricaci SE ADJUNTA: DOCUMENTOS COMPROBANTE DE PAGO N°	27444 Ley del Procedi NCIA NICO : DE : LE DE : MACOVIGILANCIA: N LA E : O RTIFICACIÓN	n todas las notificacion miento Administrativo  SI  gará al establecimiento fi	(especification)  RENOVACIÓN  armacéutico, de acuerdo on por certificación.	ar)  ELEC  DE CERTIF  a los produc	NO CORREO TRÓNICO:  FICACIÓN tos farmacéuticos autorizados, registrad	I NO		
	Autorizo que a través de este correc acuerdo con el Art. 20° de la Ley N°  6. DATOS DE FARMACOVIGILA  NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCI  NOMBRE DEL RESPONSABLE FARMACOVIGILANCIA  PROFESIÓN DEL RESPONSAB FARMACOVIGILANCIA  TERCERIZA SERVICIO DE FAR  NOMBRE DE LA EMPRESA CO CUAL TERCERIZA SERVICIO D FARMACOVIGILANCIA  PARTE II. TRAMITE SOLICITAD  CE  El Certificado de Buenas Prácticas de F distribución, almacenamiento, farbricaci  SE ADJUNTA:  DOCUMENTOS  COMPROBANTE DE PAGO N° DIA DE PAGO:	27444 Ley del Procedi NCIA NICO : DE : LE DE : MACOVIGILANCIA: N LA E : O RTIFICACIÓN Farmacovigilancia se otor ón, y/o comercialización :	n todas las notificacion miento Administrativo  SI  gará al establecimiento fi	(especification)  RENOVACIÓN  armacéutico, de acuerdo on por certificación.	ar)  ELEC  DE CERTIF  a los produc	NO CORREO TRÓNICO:  FICACIÓN tos farmacéuticos autorizados, registrad	I NO		
	Autorizo que a través de este correc acuerdo con el Art. 20° de la Ley N°  6. DATOS DE FARMACOVIGILA  NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCI  NOMBRE DEL RESPONSABLE FARMACOVIGILANCIA  PROFESIÓN DEL RESPONSAB FARMACOVIGILANCIA  TERCERIZA SERVICIO DE FAR  NOMBRE DE LA EMPRESA CO CUAL TERCERIZA SERVICIO D FARMACOVIGILANCIA  PARTE II. TRAMITE SOLICITAD  CE  El Certificado de Buenas Prácticas de F distribución, almacenamiento, farbricaci  SE ADJUNTA:  DOCUMENTOS  COMPROBANTE DE PAGO N° DIA DE PAGO:	27444 Ley del Procedi NCIA NICO : DE : LE DE : MACOVIGILANCIA: N LA E : O RTIFICACIÓN Farmacovigilancia se otor ón, y/o comercialización :	n todas las notificacion miento Administrativo  SI  gará al establecimiento fi	(especification)  RENOVACIÓN  armacéutico, de acuerdo on por certificación.	ar)  ELEC  DE CERTIF  a los produc	NO CORREO TRÓNICO:  FICACIÓN tos farmacéuticos autorizados, registrad	I NO		

La presente solicitud tiene carácter de Declaracion Jurada v está suieta a fiscalizacion posterior.

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1.7 DEL TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY N° 27444 - LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL, APROBADO CON D.S. N° 004-2019-JUS: EXPRESANDO ASI MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN, CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.