

DENUNCIA N°	FORMATO DE DENUNCIA	EXP. N°
NOMBRE DEL PRODUCTO / ESTABLECIMIENTO:		
MOTIVO DE DENUNCIA:		
ESTABLECIMIENTO : ()	PRODUCTO: ()	
a) LABORATORIO ()	a) PRESUNTAMENTE FALSIFICADO ()	f) MUESTRA MEDICA ()
b) DROGUERIA ()	b) FALSIFICADO ()	g) PROCEDENTE INST. PUBLICAS ()
c) FARMACIA/BOTICA ()	c) VENCIDO ()	h) MAL ESTADO CONSERVACION ()
d) EST. NO AUTORIZADO ()	d) SIN REGISTRO SANITARIO ()	i) ROTULADO ADULTERADO/BORRADO ()
e) EST. INFORMAL ()	e) PROCEDENCIA DESCONOCIDA ()	j) OTROS ()
f) OTROS ()		
DETALLE:		
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DENUNCIADO:		
DIRECCION:		
DEPARTAMENTO:	PROVINCIA:	DISTRITO:
REFERENCIA:		
DATOS DEL DENUNCIANTE:*		
ANONIMO ()		
NOMBRE:		
DNI:	EMAIL:	TELEFONO:
RUC N°		
* Autorizo para que mi identificación sea evidenciada en el desarrollo de la evaluación, de ser necesario		
ATENDIDO POR:		
EVALUACION DE LA DENUNCIA:		
PROCEDE:	☐	
NO PROCEDE:	☐	MOTIVO**:
ADJUNTA PRUEBAS:		
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE DIREMID QUE ATIENDE LA DENUNCIA		V°B° RESPONSABLE FCVS FECHA:
(**) Por lo expuesto, se deriva para archivo de la Dirección Ejecutiva		