



FORMULARIO

SOLICITUD DE BAJA (Robo o Hurto) DE CONTROLADOS

Farmacias, Botiquines y Centros de Investigación

SIN ARANCEL

N° REFERENCIA:

Autorización de Baja de Drogas y Productos por Robo o Hurto

Al Director(a) del Instituto de Salud Pública de Chile,

En conformidad a lo dispuesto en los DD.SS. N° 404/83 y 405/83, solicito se sirva informar favorablemente la baja de los libros de registro correspondientes, de los productos que a continuación se indican.

Declaro bajo juramento que los datos suministrados en el presente formulario, así como los antecedentes acompañados son verdaderos e íntegros. Formulo la presente declaración en conocimiento de lo dispuesto en el artículo 210° del Código Penal.

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE

Razón Social de la empresa RUT Teléfono

Dirección Comuna Región

Datos de contacto:

Nombre Correo electrónico Teléfono

Datos Representante Legal

Nombre RUT Teléfono

Correo electrónico

Datos del Establecimiento

Nombre de fantasía Rubro N° de local (Solo si aplica)

Dirección Comuna Región

N° Resolución de Autorización Fecha

Datos Director Técnico del Establecimiento

Nombre RUT Teléfono

Profesión Correo electrónico



FORMULARIO
SOLICITUD DE BAJA (Robo o Hurto) DE CONTROLADOS
Farmacias, Botiquines y Centros de Investigación

Datos Encargado de Botiquín (Solo Botiquines)

Nombre

RUT

Teléfono

Profesión

Correo electrónico

PRODUCTOS:

Debe enviar **Lista de drogas y/o productos farmacéuticos** de productos al correo electrónico trasladoydestruccioncontrolados@ispch.cl en formato establecido, indicando en el asunto el número de referencia asignado por Gestión de Productos y Servicios y el nombre del establecimiento. Plazo: máximo 48 horas.

OBSERVACIONES:

DOCUMENTOS ADJUNTOS:

- Resolución Autorización Sanitaria o Código DEIS del establecimiento.
- Parte policial
- Declaración de los hechos
- Plan de mitigación de riesgos

Firma Director Técnico Solitante

Firma Representante Legal Solicitante