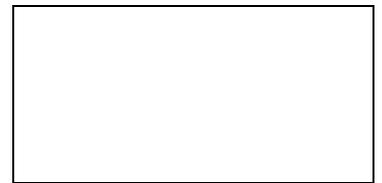




# Solicitud de Exención Total/ Parcial Control de Calidad Producto Farmacéutico



## A. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE: (Imprimir en tamaño OFICIO/ Folio)

Solicitante	
RUT:	Teléfono:
Dirección	
Tipo Establecimiento	
Responsable Sanitario	
RUT	Firma

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, que establece: "El que ante la autoridad o sus agentes perjuraré o diere falso testimonio en materia que no sea contenciosa, sufrirá penas de presidio menor en sus grados mínimo a medio y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales"

## B. DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Nombre producto	
# Registro ISP	Uso provisional (Artº. 99/ 94)
Especialidad Farmacéutica	
Periodicidad de la importación	

## C. EXENCIÓN DE CC LOCAL SOLICITADA (ART 187º DS 03/2010)

Tipo de exención solicitada (art. 187º DS 03/10):	
Código Arancel	4112131

## D. ANTECEDENTES DE LOTE:

# Serie/ Lote	# Total Unidades	
Fecha Elab	Fecha Vcto.	
Ref. U&D	Res. N°	Fecha
C. Análisis fabricante	N°	Fecha
Inf. Validación M. Analítica	N°	Fecha

## E. CONDICIÓN ALMACENAMIENTO Y TRANSPORTE:

Condición Almacenamiento Transporte	
-------------------------------------	--

## F. FUNDAMENTOS DE LA SOLICITUD EXENCIÓN DE CC LOCAL:

Causales para solicitar exención	
Fundamento sanitario (Detalle claramente)	
Informe Análisis (I.A.) Local	
Conserva Contra muestras:	
Tipos de Análisis a Eximir	
Identifique todos los análisis a excluir	

## G. DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA LA SOLICITUD:

Documentación necesaria para la solicitud	
---	--

## H. DECISIÓN DE LA EVALUACIÓN:

Decisión ISP	Autoriza	Rechazo	No Ha Lugar
Observaciones			
Responsable ISP		Firma	