



Departamento Agencia Nacional
de Medicamentos
Subdepartamento Control y
Vigilancia de Medicamentos y
Cosméticos

**FORMULARIO SOLICITUD DE
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS**

ARANCEL 4122059

Versión: 01

Emisión: 28/08/2019

Actualización: 04-05-2022

Página - 1 - de -2-

REFERENCIA N° Uso Exclusivo del ISP	FECHA:
COMPROBANTE DE PAGO N°: Uso Exclusivo del ISP	

1. ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE

<u>IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO</u>	
Razón Social	
RUT	
Dirección (Calle, N°, Comuna, Ciudad)	
Sector (Público/Privado)	
Teléfono	

<u>REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO</u>	
Nombre	
RUN	
Domicilio	
Correo electrónico	
Teléfono	

<u>DIRECTOR TÉCNICO</u>	
Nombre	
RUN	
Domicilio	
Correo electrónico	
Teléfono	

