|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Solicitud N° S.D.M.E. |  | Fecha: |  |
| Código Arancelario: |  | Comprobante de Pago Arancel N° |  |
| **1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECETARIO MAGISTRAL ESTÉRIL:** |
| **1.1 Nombre y/o Establecimiento de salud** |  |
| **1.2 Dirección** |  |
| **1.3 Director Técnico Farmacia** |  |
| **1.4 Correo electrónico** |  |
| **1.5 Teléfono contacto** |  |
|  |  |
|  |
| **2.- ANTECEDENTES/DOCUMENTACION** |
| **2.1 Convenio entre Recetario Magistral estéril y Laboratorio clínico** | Fecha |  |
| **2.2 Acreditación Laboratorio clínico por Superintendencia de salud** | N° Resol. |  | Fecha |  |
| **2.3 Método de análisis (español)** | Nombre |  |
| **2.4 Registro entrenamiento personal** | Método |  |
| **2.5 Autorización sanitaria del laboratorio clínico** | N° |  | Fecha |  |
|  |
| **(Observaciones):** |
|  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.0 DOCUMENTOS ADJUNTOS** |  **Convenio** |  **Registros entrenamiento** |
|  **Acreditación** |  **Autorización Sanitaria** |
|  **Método de análisis** |  **Otros** |

 |
| **4.- PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL** |
| **4.1.- RUT:** |  | - |  |
| **4.2.- Nombre** |  |
| **4.3.- Dirección** |  |
| **4.4.- Teléfono** |  | **E- mail:** |  | **@** |  |
|  |
| **5.- DIRECTOR TÉCNICO RECETARIO O RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN TÉCNICA** |
| **5.1.- RUT:** |  | - |  |
| **5.2.- Nombre** |  |
| **5.3.- Dirección** |  |
| **5.4.- Teléfono** |  | **E- mail:** |  | **@** |  |
|  |
| ***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 dispone: "El que ante la autoridad o sus agentes perjurare 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"*** |
|  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Firma Responsable Sanitario****Director Técnico**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6.-** **DECISIÓN DE LA EVALUACIÓN** |  **Autoriza Deniega**  |
| **Observaciones:** |  |
| **6.1 Responsable de la Evaluación** |  |  |
| Firma |

|  |
| --- |
| ***Solicito al Instituto de Salud Pública de Chile, realice las notificaciones de toda documentación que compete a nuestra empresa a través de los siguientes correos electrónicos:******La empresa a la cual invisto se compromete a mantener la casilla de los correos señalados precedentemente vigentes.******Nombre y Firma Representante Legal o su reemplazante:******Nombre y Firma Director técnico o su reemplazante:*** |