|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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:*** |