





## FORMULARIO SOLICITUD DE TRASLADO DE CONTROLADOS Laboratorios y Droguerías

### Datos Representante Legal

Nombre RUT Teléfono

Correo electrónico

### ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN

Nombre o Razón Social RUT Rubro

Dirección Comuna Región

### Datos Director Técnico

Nombre RUT Teléfono

Correo electrónico

### ESTABLECIMIENTO DE DESTINO

Nombre o Razón Social RUT Rubro

Dirección Comuna Región

### Datos Director Técnico

Nombre RUT Teléfono

Correo electrónico

### **DROGA O PRODUCTO:**

Debe enviar **Lista de drogas y/o productos farmacéuticos** al correo electrónico [trasladoydestruccioncontrolados@ispch.cl](mailto: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.

### **MOTIVO DEL TRASLADO** *(En caso de seleccionar otro, debe justificar)*

Cierre establecimiento	Envasado
Acondicionamiento o Reacondicionamiento	Control de Calidad
Otro (justifique)	



# FORMULARIO

## SOLICITUD DE TRASLADO DE CONTROLADOS

### Laboratorios y Droguerías

#### **OBSERVACIONES:**

#### **DOCUMENTOS ADJUNTOS:**

- Resolución Sanitaria establecimiento de origen o almacenamiento
- Resolución Sanitaria establecimiento de destino

Firma Director Técnico Solicitante

Firma Representante Legal Solicitante