

Ref.:		Fecha:	
Código Arancelario	4111081	Nº Boleta Comprobante	
		Valor Total	

(USO EXCLUSIVO I.S.P.)

Al Sr. Director del Instituto de Salud Pública de Chile, solicito la emisión del (los) siguiente (s) certificado (s) en la cantidad individualizada a continuación:

Cantidad de certificados

Titular

Rut

Nº de Registro

Inscripción de Establecimiento
(sólo para productos Cosméticos de Higiene, Bajo Riesgo y Odorizante)

Nombre de Producto

Señale documento que solicita acreditar
(Resolución o Anexo)

Inscripción

Formula

Folleto Médico

Folleto Paciente

Prospecto Interno

Especificaciones de Producto Terminado

Rótulos

Otros (Especificar)

.....

Observaciones

Director Técnico	Asesor Técnico	Propietario o Representante Legal
------------------	----------------	-----------------------------------

Nombre

RUT

Dirección

Teléfono, Fax, e-mail

Firma