



Solicitud de Control de Serie



A. CÓDIGO ARANCEL:

Código Arancel
(Seleccione Lista Desplegable)

B. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE: (Completar formulario electrónico y luego imprimir en tamaño OFICIO/ Folio)

Solicitante

RUT:

Dirección

Responsable Sanitario

RUT

Teléfono:

Firma

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 establece: "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"

C. DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Nombre producto

Registro ISP

Serie/ Lote

Forma Farmacéutica

Fecha Elab.

Fecha Vcto.

D. IDENTIFICACIÓN LUGAR DE MUESTREO:

Dirección del muestreo:

Contacto Muestreo:

Mail contacto:

Fono:

E. USO EXCLUSIVO DEL SOLICITANTE:

Presentación/ Tipo envase	Presentación Producto	# Unidades por estuche/ caja	# Estuches/ Cajas	Cantidad Total	Sistema Público	Sistema Privado
Venta Público						
Envase Clínico						
Muestra Médica						
TOTALES						

Referencia AU

Referencia Exención A Local

Condición Almacenamiento y Transporte:

Temperatura Ambiente

Cámara fría (2 – 8° C)

Congelador (Menor a 0° C)

Documentación que acompaña la solicitud, cuando aplique:

Protocolo de análisis país de origen (productos importados)
Protocolo de análisis local (Art. 184° DS 03/2010)
Certificado liberación de lote en ARN país de origen (vacunas y hemoderivados)
Especificaciones Producto Terminado vigentes
Registro temperatura transporte

F. PLAN DE MUESTREO (uso exclusivo SD LNC):

	Nivel Inspección	Tamaño de la muestra	Observaciones
Venta Público-1			
Venta Público-2			
Envase Clínico			
Muestra Médica			

Unidades	Asignación
	Físicoquímico
	Microbiológico
	Pruebas Biológicas
	Ev. Documental

Responsable ISP

Firma