|  |
| --- |
| **FORMATO I-06**  **Solicitud-Declaración Jurada** |
| **SOLICITUD DEL PRODUCTO DE REFERENCIA PARA DEMOSTRAR INTERCAMBIABILIDAD** |

Sr(a). Director(a) Ejecutivo(a) de la Dirección de Productos Farmacéuticos:

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DEL SOLICITANTE** |
| * 1. **RAZON SOCIAL:** *<Ingrese la información>* |
| * 1. **CATEGORIA:** *<Ingrese la información>* |
| * 1. **DOMICILIO LEGAL:***<Ingrese la información>* |
| * 1. **REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE (RUC):***<Ingrese la información>* |
| * 1. **CORREO ELECTRONICO:***<Ingrese la información>* |
| * 1. **TELEFONO:** *<Ingrese la información>* |
| * 1. **REPRESENTANTE LEGAL:** *<Ingrese la información>* |

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DEL PRODUCTO PARA EL CUAL SOLICITA EL PRODUCTO DE REFERENCIA** |
| * 1. **NOMBRE DEL PRODUCTO (si corresponde):** *<Ingrese la información>* |
| * 1. **N° DE REGISTRO SANITARIO (si corresponde):** *<Ingrese la información>* |
| * 1. **INGREDIENTE FARMACÉUTICO ACTIVO - IFA (de corresponder declarar su equivalencia en sal, hidratación, polimorfismo, etc.):** *<Ingrese la información>* |
| * 1. **CANTIDAD DE IFA (expresado en unidad de dosis o concentración):** *<Ingrese la información>* |
| * 1. **FORMA FARMACEUTICA:** *<Ingrese la información>* |
| * 1. **VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** *<Ingrese la información>* |
| * 1. **ENVASE INMEDIATO:** *<Ingrese la información>* |
| * 1. **FECHA PROBABLE DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO:***<Ingrese la información>* |
| * 1. **PROCEDIMIENTO A SOLICITAR (inscripción o cambio mayor):** *<Ingrese la información>* |

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DEL PRODUCTO DE REFERENCIA PROPUESTO (opcional)** |
| * 1. **NOMBRE DEL PRODUCTO:** *<Ingrese la información>* |
| * 1. **N° DE REGISTRO SANITARIO (si corresponde):** *<Ingrese la información>* |
| * 1. **INGREDIENTE FARMACÉUTICO ACTIVO - IFA (de corresponder declarar su equivalencia en sal, hidratación, polimorfismo, etc.):** *<Ingrese la información>* |
| * 1. **CANTIDAD DE IFA (expresado en unidad de dosis o concentración):**  *<Ingrese la información>* |
| * 1. **FORMA FARMACEUTICA:** *<Ingrese la información>* |
| * 1. **VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** *<Ingrese la información>* |
| * 1. **ENVASE INMEDIATO:** *<Ingrese la información>* |
| * 1. **TITULAR DE PRODUCTO:** *<Ingrese la información>* |
| * 1. **CRITERIO DE SELECCIÓN (D.S. N° 024-2018-SA; Artículo 12°)** |
| * 1. **OTROS DATOS:** *<Ingrese la información>* |

|  |
| --- |
| 1. **DECLARO BAJO JURAMENTO: Quien solicita, declaro bajo juramento:** |
| Que el contenido total de los datos presentados es absolutamente cierto y veraz. |

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente,

Firma del Representante Legal

Lima, *<Ingrese la información>*