

**FORMATO DE COMUNICACIÓN CALIFICACIÓN DE SALDOS DESCARTABLES Y DESTRUCCIÓN DE SUSTANCIAS Y/O MEDICAMENTOS QUE LAS CONTIENEN COMPRENDIDOS EN EL DECRETO SUPREMO N° 023-2001-SA, PARA DROGUERÍAS, LABORATORIOS Y ALMACENES ESPECIALIZADOS.**

Señor(a) Director Ejecutivo de la Dirección de Productos Farmacéuticos-DIGEMID

Por el presente documento comunicamos lo siguiente:

|  |
| --- |
| **PARTE I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE** |
|  1. CATEGORÍA DE LA EMPRESALABORATORIO DROGUERIA ALMACÉN ESPECIALIZADO DE DISA,  DIRESA, GERESA  |
|  2. RAZON SOCIAL | 3. R.U.C. N° |
| 4. DOMICILIO LEGAL Av. / Calle / Jr. | 5. N° |
| 6. URBANIZACIÓN | 7. DISTRITO | 8. PROVINCIA |
| 9. DEPARTAMENTO | 10. TELEFONO | 11. FAX | 12. CORREO ELECTRÓNICO |
| 13. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL | 14. TELEFONO |
| 15. NOMBRE DEL DIRECTOR TECNICO | 16. N° C.Q.F.P. | 17. TELEFONO |
| **PARTE II. INFORMACION DE LA DESTRUCCION** |
| 1. FECHA DE LA DESTRUCCION | 2. HORA |
| 3. LUGAR DE LA CALIFICACIÓN |
| 4. LUGAR DE LA DESTRUCCION |
| **PARTE III. RELACIÓN DE LAS SUSTANCIAS Y/O PRODUCTOS A CALIFICAR Y DESTRUIR** |
| DESCRIPCION | LOTE | REGISTRO SANITARIO | FECHA DE VENCIMIENTO | CANTIDAD | MOTIVO DE LA DESTRUCCION |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

El contenido total de la información proporcionada por nuestra representada en la presente comunicación es cierta y veraz, lo demás se mantiene de acuerdo a lo autorizado.

 ***...................................................................... ................................................................***

**Q.F. DIRECTOR TECNICO REPRESENTANTE LEGAL**

FIRMA Y NOMBRE COMPLETO FIRMA Y NOMBRE COMPLETO

N° DE COLEGIATURA SELLO DE LA EMPRESA