



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año de la Universalización de la Salud”

FORMATO DE SOLICITUD

SOLICITUD DECLARACIÓN JURADA PARA LA AUTORIZACIÓN EXCEPCIONAL DE IMPORTACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS.

DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombres _____

Apellidos: _____

N° de Documento de Identidad (MARCAR): DNI C.E PASAPORTE

Dirección: _____

Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento _____

Teléfono (MARCAR): celular fijo _____

Correo electrónico: _____

(A efectos de recibir notificación cuando se encuentren observaciones a su solicitud)

DATOS DE PRODUCTO(S) FARMACEUTICO(S):

Tipo a importar (MARCAR): Medicamento Producto dietético o natural
 Producto Biológico

Fabricante _____ País de Procedencia _____

Quien solicita, declaro bajo juramento:

1. Que él o los productos farmacéuticos para los cuales solicito autorización excepcional de importación serán utilizados para la prevención y/o tratamiento individual.
2. Que el contenido total de la información presentada es absolutamente cierta y veraz.
3. Que asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción que compruebe la falsedad, inexactitud o adulteración de los documentos presentados.
4. Revisar periódicamente el correo previamente señalado, a fin de responder la notificación de las observaciones encontradas en la solicitud.

Nota:

- a. Si el solicitante no es el paciente, deberá adjuntar CARTA PODER SIMPLE por el paciente al solicitante (familiar directo), más copias de documentos de identidad del firmante y paciente.
- b. Se adjunta requisito RECETA MEDICA o Justificación médica e informe de las características del producto (Inciso “d” del artículo 20 del Decreto Supremo N° 016-2011-SA y su modificatoria aprobada por Decreto Supremo N° 016-2013-SA).

Lima ____ de _____ del 202 ____

Firma del solicitante