



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"

FORMATO DE SOLICITUD DECLARACIÓN JURADA
PARA LA AUTORIZACIÓN EXCEPCIONAL DE IMPORTACIÓN DE
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS.
(TUPA N° 118)

I. 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)

II. 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