**Ciudad, dd/mm/aa**

(NOMBRE DEL COORDINADOR ZONAL)

**COORDINADOR ZONAL**

**AGENCIA NACIONAL DE REGULACIÓN, CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA – ARCSA.**

Su despacho.

De mi consideración.-

Yo (**NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL**), con cédula de identificación………….. con código dactilar n°……………………., en calidad de Representante legal del establecimiento (**NOMBRE COMERCIAL Y RAZÓN SOCIAL DEL****ESTABLECIMIENTO)**, con número de RUC…………………, con número de permiso de funcionamiento **(NÚMERO DEL PERMISO DE FUNCIONAMIENTO Y NÚMERO DEL ESTABLECIMIENTO)**; dedicado a……………………. (detallar actividades para el manejo de medicamentos que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización).

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitar la autorización para la ………………………….. (donación, transferencia, destrucción) en ………………………………………. (Lugar/Fecha/Hora), de los medicamentos que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización que se describe/n a continuación:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre comercial** | **Nombre genérico** | **Forma farmacéutica y concentración** | **Lote** | **Fecha de caducidad** | **Nro. Registro sanitario** | **Cantidad en unidades y peso (Kg)** | **Cantidad en (mg, g o kg) de la sustancia sujeta a fiscalización**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

La (donación o transferencia) de los medicamentos que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización detallados anteriormente se realizará a **(NOMBRE COMERCIAL Y RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO QUE RECIBIRÁ EL/LOS MEDICAMENTO/S**), con número de RUC**……,** con número de permiso de funcionamiento **(NÚMERO DEL PERMISO DE FUNCIONAMIENTO Y NÚMERO DEL ESTABLECIMIENTO);** el mismo que se encuentra calificado para el manejo de los medicamentos que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización por la ARCSA.

La destrucción de los medicamentos que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización anteriormente descritos se realizará con un gestor ambiental autorizado por la Autoridad Ambiental competente.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(FIRMA Y Nro. CÉDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL)

E-mail: (DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL REPRESENTANTE LEGAL)

Telf. Of.: (NÚMERO DE TELÉFONO CONVENCIONAL LABORAL)

Telf. Cel.: (NÚMERO DE CELULAR)