**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 de baja de inventario, por motivo de (pérdida, hurto, robo, derrame, destrucción, donación, transferencia) del/los medicamento/s que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización descrito/s a continuación:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre comercial** | **Nombre genérico** | **Forma farmacéutica y presentación** | **Concentración** | **Lote** | **Fecha de caducidad** | **Nro. Registro sanitario** | **Cantidad en unidades a dar de baja** | **Cantidad en (mg, g o kg) de la sustancia sujeta a fiscalización a dar de baja (importador /exportador)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Para los fines pertinentes se adjunta la documentación que respalda lo solicitado, para dar inicio al proceso.

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)