(NOMBRE DEL COORDINADOR ZONAL)

**COORDINADOR ZONAL**

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

En su despacho.

De mi consideración.-

|  |
| --- |
|   |
|  |

Por medio del presente, yo, (**NOMBRE DEL RESPRESENTANTE LEGAL O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO**), con número de identificación: (**NÚMERO DE C.C. /C.I.**), con código dactilar (**N°…**) (**RESPRESENTANTE LEGAL O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO)** del **(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO),** con número de RUC/RISE **(NÚMERO DE RUC/RISE),** con número de permiso de funcionamiento **(NÚMERO DEL PERMISO DE FUNCIONAMIENTO Y NÚMERO DEL ESTABLECIMIENTO)**; solicito se nos asigne un delegado de la ARCSA para que se realice la supervisión de la destrucción y eliminación de medicamentos en general y/o medicamentos con sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, por motivo de **(CADUCIDAD DEL PRODUCTO, ESTÁ FUERA DE ESPECIFICACIONES, COMO DISPOSICIÓN FINAL DE UN RETIRO DE MERCADO, POR PEDIDO DE LA AUTORIDAD SANITARIA).**

La destrucción y eliminación se realizará el día……….a las……….en las instalaciones del gestor ambiental (nombre del gestor ambiental autorizado por el Ministerio del Ambiente), ubicado en la (dirección del gestor ambiental) para su disposición final.

Para los fines pertinentes adjunto la lista de los medicamentos generales y/o medicamentos con sustancias catalogadas sujetas a fiscalización a destruir.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente

*(Nombre y Apellido del Representante Legal del establecimiento farmacéutico o Titular del Registro Sanitario)*

*E-mail: (DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO)*

*Telf. Of.: (NÚMERO DEL TELÉFONO CONVENCIONAL LABORAL)*

*Telf. Cel.: (NÚMERO DE CELULAR)*