**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 ciudadanía……………… con código dactilar n°……………………., en calidad de Representante legal del establecimiento “*NOMBRE COMERCIAL Y RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO*”, con número de RUC……………………

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitar la autorización para la anulación de la calificación para la actividad …………………………………………………………………… para el manejo de medicamentos que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización.

Para los fines pertinentes se adjunta la documentación que respalda los requerimientos solicitados por la Agencia Nacional de Regulación Control y Vigilancia Sanitaria para dar inicio al proceso, indicando que el establecimiento dispone de saldo en cero de los medicamentos sujetos a fiscalización.

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)