## Solicitud de Modificación a Datos de Registro de Especialidad Farmacéutica

Fecha Recibido por Trámite

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

## DECLARACIÓN JURADA

# DATOS DEL SOLICITANTE

 Razón Social Nombre

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 Dirección Teléfono/Fax N° RUT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |   |

# DATOS DEL DIRECTOR TÉCNICO

 Nombre Celular N° Registro MSP

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

# DATOS DEL PRODUCTO

 Nombre N° Registro MSP

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

# MODIFICACIONES A REALIZAR

Nombre Presentación Envase Excipientes Procedencia Otros

En caso de marcar *Otros*, especificar:

|  |
| --- |
|  |

Se anexa Formulario FO-13221-027 completo y la documentación correspondiente

Fecha

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 Firma Representante de la Empresa Firma del Director Técnico

Firma Representante de la Empresa Firma del Director Técnico

Timbre Profesional

***La información contenida en este documento al tener valor de DECLARACION JURADA, está regida por lo dispuesto en el art. 239 del Código Penal.***

***"La información técnica entregada en este acto al Ministerio de Salud Pública reviste carácter confidencial, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley de Acceso a la Información Pública Nº 18.381"***