

A.N.M.A.T ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS , ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA	AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE EMPRESA	AFE-ND
EMPRESA DE PRODUCTOS MÉDICOS Y PRODUCTOS PARA DIAGNOSTICO DE USO IN VITRO		
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE NUEVO DOMICILIO		

La Empresa solicita la inspección de su establecimiento para la verificación del cumplimiento de las Buenas Prácticas de Fabricación, declarando que los datos informados a continuación son verdaderos:

1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

1.a. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA:

1.b. DOMICILIO LEGAL

Dirección:

Localidad:

Provincia:

Teléfono:

Fax:

E-mail:

CUIT:

2. IDENTIFICACIÓN DEL/ DE LOS ESTABLECIMIENTO/S DE LA EMPRESA A HABILITAR:

Dirección:

Localidad:

Provincia:

Teléfono:

Fax:

E-mail:

Horario de funcionamiento:

3. N° DE LEGAJO:

4. IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDO Y NOMBRE:

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: DNI/LE/LC:

5. IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE TÉCNICO:

APELLIDO Y NOMBRE:

TÍTULO PROFESIONAL:

TIPO Y Nº DE MATRÍCULA:

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: DNI/LE/LC:

DOMICILIO PARTICULAR:

TELEFONO:

6. ACTIVIDADES QUE REALIZA:

FABRICACIÓN.

FABRICACIÓN E IMPORTACIÓN.

IMPORTACIÓN.

7. RUBRO CON EL CUAL LA EMPRESA SE ENCUENTRA HABILITADA, INCLUYENDO LA CLASE DE RIESGO:

.....
.....
.....
.....
.....

LOS DATOS CONSIGNADOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

Responsable Legal
Firma y Sello

Responsable Técnico
Firma y Sello