

**SOLICITUD DE ALTA DE ESTABLECIMIENTO EN EL SISTEMA DE LEGAJO  
ELECTRÓNICO DE PRODUCTOS COSMÉTICOS**

**DATOS DE LA EMPRESA:**

- 1.- RAZÓN SOCIAL
- 2.-PROVINCIA
- 3.-LOCALIDAD
- 4.-DOMICILIO
- 5.-TELÉFONO
- 6.- TELÉFONO 24 HS.
- 7.-FAX
- 8.-E-MAIL
- 9.-CUIT

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL:**

- 1.- Nombre del representante legal
- 2.- Cargo
- 3.- DNI

**DATOS DE LA PLANTA (completar cada item por cada planta):**

- 1.-PERTENECE A LA EMPRESA:
- 2.-DENOMINACIÓN
- 3.-LOCALIDAD:
- 4.-TELÉFONO
- 5.-DISPOSICIÓN DE HABILITACIÓN (última): N° y año
- 6.-LEGAJO
- 7.-TIPO DE PLANTA: (PLANTA PRODUCTIVA /LABORATORIO / DEPÓSITO)
- 8.-RUBRO:
- 9.-OTRAS HABILITACIONES: rubro, N° disposición
- 10.-DIRECTOR TÉCNICO (nombre completo, domicilio real, matrícula y DNI)
- 11.- CO- DIRECTOR TÉCNICO (nombre completo, domicilio real, matrícula y DNI)

**LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD CONTRATADO:**

- 1.- Razón social:
- 2.- Domicilio:
- 3.- Localidad:

4.-Teléfono:

5.- Actividades (tipo de controles de calidad):

---

**DOCUMENTACIÓN ADJUNTADA AL PRESENTE FORMULARIO:**

- CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO
- DISPOSICIÓN DE HABILITACIÓN
- DISPOSICIÓN DE DESIGNACIÓN DE DIRECTOR TÉCNICO Y CO-DIRECTOR TÉCNICO  
(en caso de corresponder)
- CERTIFICADOS DE INSCRIPCIÓN CORRESPONDIENTES (en caso de contar con otras habilitaciones)
- CONTRATO DE PARTES CON EL LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD, en caso de no ser propio.
- COPIA DEL PODER DEL REPRESENTANTE LEGAL

-----  
Firma y sello  
del apoderado legal/DT de la empresa

***INFORMACIÓN A COMPLETAR POR LA AUTORIDAD SANITARIA***

- FECHA DE RECEPCIÓN DE FORMULARIO – FIRMA DEL RECEPTOR:
- OPERADOR DE CARGA:
- FECHA DE ALTA EN EL SISTEMA: