



Ministerio de Salud
Secretaría de Políticas,
Regulación e Institutos
A.N.M.A.T.

Buenos Aires,..... de 20.....

La empresa que suscribe, solicita la siguiente **Importación**:

a) Psicotrópicos

b) Estupefacientes

c) Sustancias Controladas

Nombre del Importador:	
Domicilio habilitado por ANMAT:	
Nombre de la sustancia activa/IFA a importar:	
Cantidad en Kg. de sal: *(1)	
Cantidad en Kg. de base: *(1)	
Factor de conversión utilizado *(2)	
Indique: Mat. Prima, Producto Terminado, Semielaborado, etc.	
Forma Farmacéutica	
Indique: Cantidad/Presentación/Dosis (cc.)	
Nombre del Fabricante	
Domicilio completo y país del Fabricante:*(3)	
Nombre de la Empresa que factura:	
Domicilio completo y país de la Empresa que factura:*(3)	
País donde se Embarca:	
Nombre del Exportador	
Domicilio completo y país del Exportador (donde está nacionalizado el producto):*(3)	
Copia, N° y fecha de vencimiento del (R.E.M.) del producto a importar.	
Punto de entrada al país: Aduana de Bs.As/Puerto de Bs.As.	
Vía de transporte: marítima/aérea/terrestre/fluvial	
Fines para los que se requiere la presente Importación *(4)	
Copia, N° y fecha de vencimiento del Certificado de Inscripción del establecimiento para Sustancias Controladas.	
Certificado de Origen Legítimo para los Estupefacientes de tipo morfiólicos.	
Factura Pro-Forma	
Constancia de cumplimiento de Disp. ANMAT N° 554/01 (E.S.B./E.E.B./B.S.E.) *(5)	

*(1) Las cantidades deben estar expresadas con coma y hasta 6 decimales.

*(2) Utilizar tabla de conversión vigente.

*(3) No se acepta p.o. box ni casilla postal.

*(4) Si es para desarrollo agregar resumen del plan de trabajo.

*(5) En español.

ADJUNTAR LA DOCUMENTACION RESPALDATORIA

.....
Firma y sello del Director Técnico