	SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE REGISTRO SANITARIO PARA ALIMENTOS Y BEBIDAS.		
	Versión: 01	Código: DAB-F-005	Página 1 de 6

SE SOLICITA MODIFICACIÓN DE REGISTRO SANITARIO PARA ALIMENTOS Y BEBIDAS. SE ACOMPAÑAN DOCUMENTOS.-


No. Expediente _____

Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA)

Yo _____, mayor de edad, de profesión u oficio _____, con Documento Nacional de Identificación (DNI) / Pasaporte (extranjeros) No. _____, de nacionalidad _____, con Registro Tributario Nacional (RTN) No., _____ con domicilio en _____, con teléfono _____ y correo electrónico _____; actuando en mi condición: Personal, Representante Legal, Apoderado Legal, comparezco a solicitar el trámite de MODIFICACIÓN al registro sanitario para alimentos y bebidas; en un plazo de resolución: 5 días hábiles, 10 días hábiles, 30 días hábiles, 60 días hábiles, en atención a las siguientes consideraciones:

Datos del Producto:

Nombre del Producto:	
Marca del Producto:	
Tipo de Producto:	
Presentaciones del Producto (Contenido Neto):	
País de origen:	
País de procedencia:	

 ARSA <small>AGENCIA DE REGULACIÓN SANITARIA</small>	SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE REGISTRO SANITARIO PARA ALIMENTOS Y BEBIDAS.	
	Versión: 01	Código: DAB-F-005

No. de registro sanitario vigente:	
------------------------------------	--

Detalle de la solicitud:


Tipo (s) de modificación (es) a realizar:
Descripción de la (s) modificación(es) a realizar:

Datos del Titular / Propietario

Nombre completo del Titular/Propietario:	
N° RTN:	
Dirección completa:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

Datos del Fabricante/Bodega:

Nombre del Fabricante/Bodega:	
Número de licencia sanitaria:	

	SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE REGISTRO SANITARIO PARA ALIMENTOS Y BEBIDAS.		
	Versión: 01	Código: DAB-F-005	Página 3 de 6

Dirección completa:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

Datos del Distribuidor:


Nombre del distribuidor:	
Número de licencia sanitaria:	
Dirección completa:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

Datos del importador autorizado (Cuando aplique):

Nombre del importador autorizado:	
N.º de RTN:	
Número de licencia sanitaria:	
Dirección completa:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

Datos del Representante legal:

Nombre del Representante legal:	
---------------------------------	--

	SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE REGISTRO SANITARIO PARA ALIMENTOS Y BEBIDAS.		
	Versión: 01	Código: DAB-F-005	Página 4 de 6

N.º RTN:	
Dirección completa:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

Por lo antes expuesto, firmo la presente en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma y sello del solicitante