



SOLICITUD PARA LICENCIA SANITARIA DE TRANSPORTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y OTROS DEL RAMO DE INTERÉS SANITARIO

Versión: 01

Código: DNPF-F-010

Página 1 de 6

SE SOLICITA LICENCIA SANITARIA DE TRANSPORTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y OTROS DEL RAMO DE INTERÉS SANITARIO.

Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA)

Yo, _____, de nacionalidad _____ mayor de edad, estado civil _____, con domicilio en _____, Documento Nacional de Identificación (DNI) / Pasaporte (extranjero) _____, Registro Tributario Nacional (RTN) No. _____, teléfono: _____ y correo electrónico: _____, actuando en mi condición de _____ comparezco a solicitar realizar el trámite nuevo , renovación , renovación con modificación , modificación de Licencia Sanitaria de Transporte de Productos Farmacéuticos y otros del Ramo de Interés Sanitario; en un plazo de resolución 5 días hábiles 10 días hábiles 15 días hábiles, por 2 , 4 , 6 años, con la siguiente información:

Datos de la Empresa:

Nombre de la empresa:	
RTN:	
Dirección:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	
Número de teléfono y correo electrónico del representante legal o propietario:	
No. del documento de identificación del representante legal o propietario:	



SOLICITUD PARA LICENCIA SANITARIA DE TRANSPORTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y OTROS DEL RAMO DE INTERÉS SANITARIO

Versión: 01

Código: DNPF-F-010

Página 2 de 6

Datos del Vehículo:

Marca del vehículo :	
Modelo de vehículo:	
Tipo de vehículo:	
Número de Motor:	
Número de VIN o Chasis:	
Año del vehículo:	
Número de placa:	

Datos del Representante Legal o Apoderado Legal:

Nombre completo:	
Dirección exacta:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	
No. de Documento Nacional de Identificación (nacional) / Pasaporte (extranjero):	
Número de colegiación (CAH) firmado y sellado (cuando aplique):	



SOLICITUD PARA LICENCIA SANITARIA DE TRANSPORTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y OTROS DEL RAMO DE INTERÉS SANITARIO

Versión: 01

Código: DNPF-F-010

Página 3 de 6

Tipos de modificaciones por realizar (Cuando aplique):

--

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

Firma y sello del Solicitante