

SOLICITUD PARA REGISTRO
DE DISPOSITIVO MÉDICO - EQUIPO

I.- Datos Generales:

	Inscripción:	☐	Reinscripción:	☐
	Rectificación:	☐	Cambio:	☐
Tipo de Trámite	Registro Sanitario:	☐	Permiso de comercialización:	☐
Origen	Importado:	☐	Nacional:	☐

II.- Datos de la Empresa Solicitante:

Nombre del titular:	
Razón Social:	
R.M. N°:	Fecha:
Profesional Acreditado:	N° Mat.:
Dirección:	Teléfono:

III.- Datos del fabricante:

Nombre del Fabricante:	
Licencia de:	
País de Origen:	
Dirección:	

IV.- Datos del Producto:

Nombre comercial:	
Nombre genérico:	
Clasificación de acuerdo al riesgo:	
Código Internacional:	
El dispositivo incluye Manual de Instalación operaciones y mantenimiento	si: ☐ no: ☐
Indicadores o uso:	
Presentación:	
Condiciones de almacenamiento y empaque:	Vida útil:
Método de desecho o disposición final del producto:	
N°de Registro Sanitario:	

Firma
Titular de la empresa

Firma
Profesional acreditado

La Paz,de20