



RECLAMOS / INCONFORMIDADES SOBRE DECISIONES REGULATORIAS

LLENAR EL FORMULARIO EN FORMA ELECTRÓNICA. NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO NO TACHONES NI CORRECCIONES

1.DATOS GENERALES

1.1 Nombre del Solicitante		1.2 Número de Referencia	
1.3 Nombre del Producto		1.4 Teléfono	
1.5 Tipo de Producto		1.6 Correo electrónico	
1.7 Fecha de Reclamo		1.8 Fecha de Referencia	

2. UNIDAD / SECCION

Autorizaciones Sanitarias de Productos Farmacéuticos	<input type="checkbox"/>	Importaciones y Exportaciones de Productos Farmacéuticos y Afines	<input type="checkbox"/>	Jefatura DRCPFA	<input type="checkbox"/>
Autorizaciones Sanitarias de Productos Afines	<input type="checkbox"/>	Sicotrópicos, Estupefacientes, Importaciones y Exportaciones	<input type="checkbox"/>	Recepción y Entrega de Documentos	<input type="checkbox"/>
Publicidad	<input type="checkbox"/>	Ensayos Clínicos	<input type="checkbox"/>	Unidad de Vigilancia, Monitoreo y Control	<input type="checkbox"/>
Procedimientos Administrativos	<input type="checkbox"/>	Unidad Técnico Normativa	<input type="checkbox"/>	Establecimientos Farmacéuticos	<input type="checkbox"/>

3. RECLAMO / INCONFORMIDAD

4. PETICIÓN SOLICITANTE (BREVE Y CONCRETA)

5. FUNDAMENTO TECNICO-CIENTIFICO O NORMATIVO QUE RESPALDAN LA PETICIÓN

Nota: Si se hacen referencias documentales se sugiere agregar copia de las mismas

6. FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE

Firma	Sello
-------	-------

7. USO OFICIAL

Exclusivo de la Autoridad Reguladora

Fecha de atención:		Fecha de Resolución	
PROCEDE	<input type="checkbox"/>	DEFINITIVO	<input type="checkbox"/>
NO PROCEDE	<input type="checkbox"/>	ÚNICA VEZ	<input type="checkbox"/>
TEMPORAL	DE:	HASTA :	

MOTIVOS DE LA RESOLUCIÓN

FIRMA Y SELLO OFICIAL

Firma	Sello
-------	-------



RECLAMOS / INCONFORMIDADES SOBRE DECISIONES REGULATORIAS

LLENAR EL FORMULARIO EN FORMA ELECTRÓNICA. NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO NO TACHONES NI CORRECCIONES

1.DATOS GENERALES

1.1 Nombre del Solicitante	Indicar el nombre del solicitante, que puede ser: Nombre de profesional responsable, Nombre de la empresa (personería jurídica o persona natural), Nombre del representante legal, Nombre del titular, entre otros
1.2 Número de referencia	Indicar número de referencia, que puede ser: Número de contraseña, SIAD, Correlativo, notificación, número de oficio, número de expediente, resolución, entre otros.
1.3 Nombre del Producto	Indicar nombre del producto (cuando aplique)
1.4. Teléfono	Indicar el teléfono de contacto para seguimiento del reclamo o inconformidad
1.5 Tipo de producto	Indicar el tipo de producto, que puede ser: medicamento, producto natural, vacuna, cosmético, dispositivo médico, reactivo de diagnóstico in vitro, producto odontológico, entre otros. (cuando aplique)
1.6. Correo Electrónico	Indicar dirección de correo electrónico para seguimietno del reclamo o inconformidad
1.7 Fecha de reclamo	Indicar la fecha de ingreso del Reclamo o inconformidad.
1.8 Fecha de referencia	Indicar la fecha del documento de referencia sobre la cual se realiza el reclamo o inconformidad.

2. UNIDAD / SECCIÓN

Indicar el nombre completo de la Unidad o Sección de El Departamento al cual corresponde el reclamo o inconformidad

3. RECLAMO / INCONFORMIDAD

Indicar los aspectos generales y específicos del reclamo o inconformidad.

4. PETICIÓN SOLICITANTE (BREVE Y CONCRETA)

Indicar la petición sobre la decisión regulatoria de una forma breve y concreta.

5. FUNDAMENTO TECNICO-CIENTIFICO O NORMATIVO QUE RESPALDAN LA PETICIÓN

Indicar el fundamento técnico-científico o normativo. Si se hacen referencias documentales se sugiere agregar copia de las mismas

6. FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE

Firmar y sellar en las casillas correspondientes. En caso el solicitante corresponda al profesional responsable de un producto o empresa, colocar el sello profesional. En caso el solicitante represente a una empresa, colocar sello de la empresa.

7. USO OFICIAL

Esta casilla es de uso exclusivo de la Autoridad Reguladora