

Localidad, ___ de ___ de 20 ___

Sres./Sras.

MINISTERIO DE SALUD PBA

DIRECCIÓN PROVINCIAL FISCALIZACIÓN SANITARIA

Dirección de Registro y Certificación de Medicamentos, Productos Farmacéuticos,
Domisanitarios, Industriales, de Higiene y Cosméticos

**Dto. Inscripción de Productos de Consumo
Presente**

A quien corresponda:

La firma _____, con domicilio real _____ n° _____
piso _____, Of. _____ (localidad) _____, representada en éste acto por su(apoderado/a,
o DT) _____ se dirige a Ud., a fin de solicitar la INSCRIPCIÓN del
siguiente productos que detallamos a continuación:

(Ejemplo de denominación completa)

**“BOTELLA DE POLIPROPILENO SIN PIGMENTAR CON TAPA DE POLIPROPILENO COLOR
CELESTE, PARA ESTAR EN CONTACTO CON ALIMENTOS ACUOSOS NO ÁCIDOS,
ACUOSOS ÁCIDOS Y GRASOS, EN CONDICIONES DE USO A TEMPERATURA AMBIENTE
O MENOR - DE ÚNICO USO”**

A tal efecto se acompaña la siguiente documentación: Anexo I, Anexo II, Rótulos, Declaración
Jurada, análisis realizados al producto, documentación técnica de las materias primas
presentadas, Constancia de Registro y aranceles correspondiente.-

Esperando un curso favorable, saludamos a Ud. con la mayor consideración.

Firma y aclaración

Notificaciones a _____ al mail _____, o telefono _____