



RECEPCIÓN N°

FORMULARIO DE DENUNCIA A LA CALIDAD DE MEDICAMENTOS O COSMETICOS

FECHA

DENUNCIANTE PARTICULAR

NOMBRE

RUT

DIRECCION

TELEFONO

E-MAIL

DENUNCIANTE INSTITUCIONAL

NOMBRE DENUNCIANTE

PROFESION

CARGO

INSTITUCION

SERVICIO DE SALUD (si corresponde)

REGION

TELEFONO

E-MAIL

@

NOMBRE PRODUCTO DENUNCIADO:

LABORATORIO FABRICANTE:

DISTRIBUIDOR:

N° REGISTRO ISP

N° SERIE O LOTE:

FECHA VENCIMIENTO:

DESCRIPCION DE LA DENUNCIA.

Explicación detallada del problema presentado con el medicamento o cosmético

ANTECEDENTES ADJUNTOS:

CARTA DE DIRECTOR DE INSTITUCION, JEFE DE FARMACIA (si procede):

BOLETA DE COMPRA DEL LUGAR DE VENTA, FARMACIA, PERFUMERÍA, etc., (si procede):

ANTECEDENTES MEDICOS (Si están disponibles):

MUESTRA.

Declaro bajo juramento que los datos suministrados en el presente formulario así como los antecedentes acompañados, son verdaderos e integros.

Formulo la presente declaración en conocimiento de lo dispuesto en el artículo 210 del Código Penal, que dispone: "El que ante la autoridad o sus agentes perjurare o diere falso testimonio en materia que no sea contenciosa, sufrira penas de presidio menor en sus grados mínimo a medio y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales"

FIRMA DEL DENUNCIANTE