SOLICITUD DE:

**AUTORIZACIÓN DE DONACIÓN DE MEDICAMENTO REGISTRADO**

**(A UN ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL O DIRECTO A UN PACIENTE)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Solicitud Ref. N° | | | |  | | Fecha |  |  |
| Código arancelario | | | | 4111123 | | N° comprobante de pago |  |  |
| N° de anexos | | | |  | |  |  |  |
|  | | | **1.- IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE** | | | | | |
| **1.1** | **RUT** |  | | |  | | | |
|  |  |  | | |  | | | |
| **1.2** | **Solicitante** |  | | |  | | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |  | | | |
| **1.3** | **Domicilio** |  | | |  | | | |
|  |  |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Laboratorio** |  | **Depósito de prod. fco de uso** |  |
|  |  | **humano** |  |
| **Droguería** |  | **Depósito de prod. fco de uso dental** |  |
| **Farmacia** |  | **Otro (especificar)** |  |
|  |  |  | |
|  |  |  | |

De conformidad con el artículo 100° del Código Sanitario, que establece:

*Artículo 100.- ….*

*Inciso cuarto: Prohíbese la donación de productos farmacéuticos realizada con fines publicitarios, como asimismo los incentivos de cualquier índole que induzcan a privilegiar el uso, prescripción, dispensación, venta o administración de uno o más productos farmacéuticos a cualquier persona. Con todo, el Ministerio de Salud, mediante decreto supremo fundado, podrá incluir dentro de esta prohibición algunos elementos de uso médico.*

*Inciso sexto: Los titulares de registros, permisos o autorizaciones sanitarias, los establecimientos del área de la salud y cualquier persona natural o jurídica que participe en la producción, distribución, intermediación, comercialización, expendio o administración de productos farmacéuticos, alimentos especiales o elementos de uso médico,* ***podrán financiar, total o parcialmente, transferir o entregar, a título gratuito*** *o a precios preferentes, esta clase de productos a* ***los pacientes*** *que los requieran, sujeto a las regulaciones legales,* ***caso en el cual el beneficiario tendrá derecho a continuar percibiendo el beneficio otorgado, en iguales o mejores condiciones, mientras subsista la utilidad terapéutica del producto de que se trate.***

*Inciso octavo: Sin perjuicio de lo señalado en los incisos anteriores, se permitirá la donación de productos farmacéuticos a* ***establecimientos asistenciales*** *sin fines de lucro,* ***siempre que aquellos se encuentren comprendidos en el Formulario Nacional de Medicamentos.***

solicito al Instituto de Salud Pública de Chile, la Autorización de donación de medicamento registrado (directo a un paciente o a un establecimiento).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.- IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO**  (identificar cada uno de los productos que desea donar) | | | |  |
| **N° de registro** | **Denominación del producto** | **Titular del registro** | **Cantidad a donar\*** | **Fecha de vencimiento** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* En el caso de donación a pacientes, la cantidad debe tener relación con el tratamiento del (los) paciente(s)

**4.- DOCUMENTOS QUE ADJUNTA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.1.-** | Argumentación de la solicitud |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **4.2.-** | Antecedentes de respaldo |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.3.-** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Institución |  | Nombre de la institución |  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.4.-** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Paciente |  | Duración del tratamiento |  | |  |
|  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA**

**REPRESENTANTE LEGAL O DIRECTOR TÉCNICO**