|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** | | | |
| **NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO** |  | | |
| **DIRECCIÓN** |  | | |
| **TELÉFONO** |  | | |
| **NOMBRE DEL REPRESENTANTE** |  | **CÉDULA/ RNC** |  |
| **E-MAIL** |  | **TELÉFONO** |  |
|  | | | |
| **NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCNICO** |  | | |
| **E-MAIL** |  | **TELÉFONO** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CATEGORÍA DE PRODUCTOS** | **Distribuidora de materias primas para uso en:** |
| Medicamentos  Productos sanitarios  Cosméticos/ Productos de higiene personal  Productos de higiene del hogar |

|  |  |
| --- | --- |
| **OBSERVACIÓN DEL SOLICITANTE (OPCIONAL)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONDICIONES GENERALES PARA LA TRAMITACIÓN** | | |
| **1.** | Durante una re-inspección de las BPAyD, otras no conformidades podrán ser tomadas en cuenta por el tiempo transcurrido desde la primera visita de inspección. | |
| **2.** | Si durante la re-inspección se comprueba que las no conformidades no fueron corregidas en su totalidad, una nueva solicitud de INSPECCIÓN deberá ser depositada en Ventanilla Única de Servicios, conforme a los requisitos y pago de impuestos establecidos (LI-UBP-03). | |
| **3.** | Los certificados de BPAyD serán emitidos a los establecimientos con permiso de habilitación o funcionamiento vigente. En caso de que el permiso esté en proceso de renovación, la inspección de BPA podrá ser realizada en concordancia con la inspección de renovación del permiso de habilitación. | |
| **4.** | La solicitud de re-inspección no aplica a establecimientos que deseen renovar el certificado de BPAyD sin antes haber solicitado la Inspección de Buenas Prácticas aplicable. | |
| **5.** | Por cada solicitud de Inspección de BPAyD, la cual incluye una segunda visita para verificar correcciones de no conformidades, solo se permitirá una solicitud re-inspección. | |
| **6.** | La documentación debe estar organizada en el mismo orden que se encuentran listados los requisitos y entregarla en un folder | |
| **7.** | La DIGEMAPS puede cancelar el trámite si se comprueba incumplimiento o falta de veracidad en la información entregada. | |
| **8.** | Toda la documentación recibida debe encontrarse enteramente legible, sin alteraciones ni tachaduras. | |
| **9.** | Si algún documento original está depositado en la DIGEMAPS, debe presentar copia del trámite y acuse de recibo. | |
| **COSTO DEL SERVICIO:** | | **RD$ 9,000.00** para Distribuidoras de materias primas para uso en medicamentos y productos sanitarios. |
| **RD$ 5,000.00** para Distribuidoras de materias primas para uso en cosméticos, productos de higiene personal y del hogar. |
| **TIEMPO MÁXIMO DE RESPUESTA**: | | 20 días hábiles |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUISITOS** | | | **SOLICITANTE** | |
| **SI** | **N/A** |
|
| **1.** | **Informaciones completas en la primera página de este formulario de solicitud** | |  |  |
| **2.** | **Recibo de pago de impuesto por servicio**  **Monto pagado:**  RD$ 9,000.00  RD$ 5,000.00 | |  |  |
|  | | | | |
| **Firma y sello del solicitante** | | **Firma y sello del Receptor en**  **Ventanilla Única de Servicios** | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |