

PARA USO DEL CECMED		
Entrada No.	Fecha:	Recibido:
TRÁMITE	<input type="checkbox"/> Inscripción <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> ACTD	<input type="checkbox"/> Complemento de Documentación (CD) <input type="checkbox"/> Información Adicional (IA)
SOLICITANTE		
Empresa		
Domicilio		País
Teléfono	Sitio web	
Persona de contacto		
Nombre		
Teléfono	correo-e	
TITULAR (o aspirante) sólo si es diferente del SOLICITANTE <input type="checkbox"/> NO PROCEDE		
Empresa		
Domicilio		País
Teléfono	Sitio web	
FABRICANTE <input type="checkbox"/> NO PROCEDE		
Empresa		
Domicilio		País
Teléfono	Sitio web	
PRODUCTO/SISTEMA <input type="checkbox"/> NO PROCEDE		
Nombre		Clase de riesgo
Aplicación		
Presentación y referencia/catálogo		
FAMILIA <input type="checkbox"/> NO PROCEDE		
Código	Total de productos incluidos	Clase de riesgo
Nombre		
DECLARACIÓN:		
La persona natural, autorizada legalmente para representar a la empresa o compañía solicitante, declara que la información contenida en esta solicitud y los documentos incluidos en el Expediente que se adjunta a la misma son auténticos y, por lo tanto, no han sido objeto de falsificación o adulteración que pudieran propiciarle intencionadamente o no, beneficio alguno. Y para dar fe de ello firma la presente.		
Nombre	Firma y cuño	
Cargo		
Fecha		

