

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
CERTIFICADO DE REGISTRO SUSTANCIAS CONTROLADAS
ESTABLECIMIENTO**

Farmacia, Hospital, Fabricante, Distribuidor, Laboratorio, Educadores e Investigadores, Importador y Exportador, Retro-distribuidor, Dispensador Ambulancia, Almacén

I. DATOS DEL DUEÑO O CORPORACIÓN

1. _____
Nombre de la Persona Natural o jurídica Número de Registro Asignado
2. Número de Seguro Social _____ 3. Numero Seguro Social Patronal _____
4. Dirección del negocio: _____
Teléfono: _____
5. Dirección Postal del Registrado _____
6. Correo electrónico: _____
7. Dirección donde desea recibir la correspondencia: () Negocio () Postal
8. Registro Solicitado:
- | | |
|---|---|
| () Farmacia \$300.00 | () Distribuidor \$1,500.00 |
| () Hospital \$300.00 | () Fabricante \$1,500.00 |
| () Laboratorio \$200.00 | () Retro-distribuidor \$ 1,500.00 |
| () Educadores e Investigadores \$ 200.00 | () Importador y Exportador \$ 2,000.00 |
| () Dispensador de Ambulancia \$ 500.00 | |
- Sector Público:
- | | |
|---------------------------|--|
| () Hospital \$100.00 | () Investigadores y Educadores \$ 75.00 |
| () Dispensario \$ 100.00 | () Laboratorio \$50.00 |
| () Almacén \$ 75.00 | |
9. Clasificación de Sustancias Controladas, incluyendo las narcóticas a registrar:
- () Clasificación II () Clasificación III () Clasificación IV () Clasificación V
10. Número de Licencia de la Junta de Profesionales de Salud _____ (acompañe copia).

La información suministrada en este documento es correcta. De ser falsa conlleva la denegación del registro, conforme al Artículo 304 (2) de la Ley # 4 de Sustancias Controladas de Puerto Rico.

Firma del Solicitante o persona autorizada

Fecha de Solicitud