**SOLICITO: REGISTRO DE CORREO ELECTRÓNICO**

**SEÑOR DIRECTOR**

Dirección de Inspección y Certificación – Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas.

Yo, ................................................................................................................................................................................... propietario y/o representante legal del establecimiento farmacéutico con nombre comercial: .................................................................................................................................................................................................................................., con RUC N° ……………..………………….................... identificado con DNI N° ............................................................., domiciliado en ..........................................................................................................................................................................................., distrito de ...................................................................................., provincia de ......................................................................... y número telefónico .............................................................................;

Solicito, se **REGISTRE el siguiente correo electrónico**:

………………………………………………………………………………………………………………………………………...................................................................

con la finalidad de obtener el **usuario y contraseña** para el ingreso a la plataforma web del Sistema Nacional de Información de Precios - Observatorio de Precios de Productos Farmacéuticos.

Asimismo, declaro que conozco los alcances de las normas referentes al Sistema Nacional de Información de Precios; y que, mi establecimiento farmacéutico: con nombre comercial ……………………………................................................................................................................................................................, ubicado en ....................................................................................................................................................................................................., del distrito ................................................................................................... y provincia de ..............................................................., daremos cumplimiento a: R.M N° 431-2011-MINSA, D.S. N° 014-2011-SA Reglamento del Establecimiento Farmacéutico y su modificatoria D.S. N° 033-2014-SA: Artículo 30°: que establece la obligación de los establecimientos farmacéuticos, para el registro y entrega de información al Sistema Nacional de Información de Precios; En caso de incumplimiento asumiré las sanciones establecidas.

 .................................................... ................... de..................................del 20………….....

 (lugar) (día) (mes)(año)

........................................................................................................................................

Firma y Sello del Propietario y/o Representante Legal