ENUNCIA N° FORMATO DE DENUNC			NCIA		EXP. N°			
OMBRE DEL PRODUCTO								
				•			٠,	
VIOTIVO DE DENUNCIA:								
ESTABLECIMIENTO:()				PRODUCTO: ( )				
) LABORATORIO	( )	a) PRESUNTAMENTE FALSIFICADO	(	)	f) MUESTRA MEDICA		(	
b) DROGUERIA	( )	b) FALSIFICADO	(	)	g) PROCEDENTE INST	PUBLICAS .	1	
:) FARMACIA/BOTICA	()	c) VENCIDO	(	)	h) MAL ESTADO CON		· (	
J) EST. NO AUTORIZADO	( )	d) SIN REGISTRO SANITARIO	- (	. <b>)</b> .	i) ROTULADO ADULTI	RADO/BORRADO	) (	
2) EST. INFORMAL	( )	e) PROCEDENCIA DESCONOCIDA	(	)	j) OTROS		. (	
) OTROS	·( )							
DETALLE:				·				
						vs	nd ty	
				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
				•				
					•.			
							<del></del>	
	NI 815-117	O DENUNCIADO:			· 1.47. • • • • •	124	-:	
NOMBRE DEL ESTABLEC	;MIEN I	O DENUNCIADO:	į	. 1		10,25,78,9	4	
DIRECCION:			:		, the state of		į	
5.1.120 4.0	·		Jr	ISTRI	The second secon		<u> </u>	
DEPARTAMENTO:		PROVINCIA:		JIS I KI				
REFERENCIA:		•		<u> </u>			<u> </u>	
DATOS DEL DENUNCIA	NTE:*							
ANONIMO ( )					•			
NOMBRE:								
	EMAIL			•	TELEFONO:		_	
DNI:	EMAL			,		•		
RUC Nº .,		sea evidenciada en el desarrollo de	l la evaluac	ion, de	e ser necesario		1	
	ficación s	sea evidenciada en el desarrollo do						
ATENDIDO POR:	·					• ,		
EVALUACION DE LA DEN	IUNCIA:						•	
process.					e e e e e e e e e e e e e e e e e e e			
PROCEDE:	<u></u>					•• •		
NO PROCEDE:		MOTIVO**:						
ADJUNTA PRUEBAS:				•	S. 100 (100 (100 (100 (100 (100 (100 (100	and the state of		
						•	-	
		•	4		•	•.	٠.	
		<del></del>		*		r reve	•	
NOMBRE Y FIRMA DEL				. •	V°B° RESPONSABI	た トレック		
REPREESENTANTE DE DIREMID QUE ATIENDE LA DENUNCIA			•		FECHA:			
ATIENDE LA DENUNC	JIA			•	**			
		rchivo de la Direccion Ejecutiva						