



Comunicació de l'activitat de distribució i/o venda de productes sanitaris

1. Dades de la persona que comunica la distribució i/o venda de productes sanitaris

Cognoms i nom / Raó social

DNI / CIF / Núm. de passaport

Domicili a l'efecte de notificació (carrer, número, codi postal, localitat)

2. Dades dels locals de distribució i/o venda (especifiqueu les dades següents per cada local)

Tipus de local

distribució

venda

Raó social

Activitat de l'empresa

venda i adaptació (especifiqueu-ho):

Domicili (carrer, número, codi postal, localitat)

Telèfon

Fax

3. Dades del producte

Relació dels tipus de productes sanitaris que es venen i/o distribueixen

4. Dades del tècnic designat pel distribuïdor / venedor

Cognoms i nom

Domicili (carrer, número, codi postal, localitat)

Telèfon

Fax

Titulació acadèmica

Signatura, cognoms i nom

Data

Servei de Control Farmacèutic i Productes Sanitaris

Gran Via de les Corts Catalanes, 587, 5a planta – 08007 Barcelona