



**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

