

Registro de Productos Domisanitarios de Riesgo I (Disposición N° 1112/13)

Trámite interno N°:

Fecha de presentación:

El presente registro tendrá una validez de 5 años a partir de la fecha de presentación. Cumplido dicho plazo deberá ser reinscripto. La no reinscripción producirá, sin necesidad de notificación previa, la cancelación del registro.

Datos del Producto:

- a. Denominación (a los fines del rotulado): _____
- b. Nombre comercial o Marca: _____
- c. Variedades (de corresponder): _____
- d. Origen: _____
- e. Forma de presentación y Contenidos Netos: _____
- f. Tipo de Venta: _____

Datos del Establecimiento Titular del Producto

Nombre o Razón Social: _____

RNE N°: _____

.....

.....

Firma y aclaración del

Firma y aclaración del

Apoderado / Representante Legal

Director Técnico

**Esta presentación consta de original y copia y
reviste carácter de declaración jurada.**

Tel. (+54-11) 4340-0800 - <http://www.anmat.gov.ar> - República Argentina

El presente registro tendrá una validez de 5 años a partir de la fecha de presentación. Cumplido dicho plazo deberá ser reinscripto. La no reinscripción producirá, sin necesidad de notificación previa, la cancelación del registro.

Registro de Productos Domisanitarios de Riesgo I

1- Denominación según Artículo 13 de la Disposición N°:1112/13

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blanqueadores | <input type="checkbox"/> Detergentes / Productos para el lavado de ropa | <input type="checkbox"/> Detergentes / Lavavajillas |
| <input type="checkbox"/> Desincrustantes | <input type="checkbox"/> Productos para acabado de superficies | <input type="checkbox"/> Limpiadores |
| <input type="checkbox"/> Neutralizadores / Eliminadores de olores | <input type="checkbox"/> Odorizadores / Armatizantes de ambientes | <input type="checkbox"/> Productos para pre y post lavado |
| <input type="checkbox"/> Removedores | <input type="checkbox"/> Jabones para lavado de ropa | <input type="checkbox"/> Auxiliares |
| <input type="checkbox"/> Lubricantes para cintas transportadoras | <input type="checkbox"/> Facilitadores de planchado | <input type="checkbox"/> Absorvedores de humedad |
| <input type="checkbox"/> Trampas para insectos elaboradas en base a sustancias adhesivas y soporte inerte | | |

2- Establecimiento Titular del Producto

a. Nombre o Razón Social:

Tel. (+54-11) 4340-0800 - <http://www.anmat.gov.ar> - República Argentina

- b. Clave Única de Identificación Tributaria (C.U.I.T):
- c. Nº RNE Habilitante del Establecimiento Titular:
- d. Domicilio Comercial
Calle: Nº: Piso/Dpto.:
Localidad: Provincia: Código Postal:
Teléfono:
- e. Domicilio Legal constituido ante la Autoridad Sanitaria a los efectos del registro
Calle: Nº: Piso/Dpto.:
Localidad: Provincia: Código Postal:
Teléfono:
- f. Datos del Director Técnico y del Representante Legal / Apoderado
- i. Director Técnico
Apellido y Nombre:
Calle: Nº: Piso/Dpto.:
Localidad: Provincia: Código Postal:
Teléfono: Matrícula Nº:
- ii. Representante Legal / Apoderado
Apellido y Nombre:
Calle: Nº: Piso/Dpto.:
Localidad: Provincia: Código Postal:
Teléfono:

3- Establecimientos participantes del proceso de elaboración del producto

- a.
- i. Actividad
- | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Elaborador | <input type="checkbox"/> Fraccionador | <input type="checkbox"/> Importador |
| <input type="checkbox"/> Deposito | <input type="checkbox"/> Control de Calidad | <input type="checkbox"/> Envasado |
- ii. Nombre o Razón Social:
- iii. Nº RNE Habilitante:
- iv. Domicilio
Calle: Nº: Piso/Dpto.:
Localidad: Provincia:
Código Postal: Teléfono:
- v. Director Técnico
Apellido y Nombre:
Calle: Nº: Piso/Dpto.:
Localidad: Provincia:
Código Postal: Teléfono:
- b.

i. Actividad

- | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Elaborador | <input type="checkbox"/> Fraccionador | <input type="checkbox"/> Importador |
| <input type="checkbox"/> Deposito | <input type="checkbox"/> Control de Calidad | <input type="checkbox"/> Envasado |

ii. Nombre o Razón Social:

iii. Nº RNE Habilitante:

iv. Domicilio

Calle:	Nº:	Piso/Dpto.:
Localidad:	Provincia:	
Código Postal:	Teléfono:	

v. Director Técnico

Apellido y Nombre:		
Calle:	Nº:	Piso/Dpto.:
Localidad:	Provincia:	
Código Postal:	Teléfono:	

c.

i. Actividad

- | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Elaborador | <input type="checkbox"/> Fraccionador | <input type="checkbox"/> Importador |
| <input type="checkbox"/> Deposito | <input type="checkbox"/> Control de Calidad | <input type="checkbox"/> Envasado |

ii. Nombre o Razón Social:

iii. Nº RNE Habilitante:

iv. Domicilio

Calle:	Nº:	Piso/Dpto.:
Localidad:	Provincia:	
Código Postal:	Teléfono:	

v. Director Técnico

Apellido y Nombre:		
Calle:	Nº:	Piso/Dpto.:
Localidad:	Provincia:	
Código Postal:	Teléfono:	

d.

i. Actividad

- | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Elaborador | <input type="checkbox"/> Fraccionador | <input type="checkbox"/> Importador |
| <input type="checkbox"/> Deposito | <input type="checkbox"/> Control de Calidad | <input type="checkbox"/> Envasado |

ii. Nombre o Razón Social:

iii. Nº RNE Habilitante:

iv. Domicilio

Calle:	Nº:	Piso/Dpto.:
Localidad:	Provincia:	
Código Postal:	Teléfono:	

v. Director Técnico

Apellido y Nombre:
Calle:
Localidad:
Código Postal:

Nº:
Provincia:
Teléfono

Piso/Dpto.:

f.

i. Actividad

Elaborador Fraccionador Importador
 Deposito Control de Calidad Envasado

ii. Nombre o Razón Social:

iii. Nº RNE Habilitante:

iv. Domicilio

Calle: Nº:
Localidad: Provincia:
Código Postal: Teléfono:

Piso/Dpto.:

v. Director Técnico

Apellido y Nombre:
Calle:
Localidad:
Código Postal:

Nº:
Provincia:
Teléfono

Piso/Dpto.:

g.

i. Actividad

Elaborador Fraccionador Importador
 Deposito Control de Calidad Envasado

ii. Nombre o Razón Social:

iii. Nº RNE Habilitante:

iv. Domicilio

Calle: Nº:
Localidad: Provincia:
Código Postal: Teléfono:

Piso/Dpto.:

v. Director Técnico

Apellido y Nombre:
Calle:
Localidad:
Código Postal:

Nº:
Provincia:
Teléfono:

Piso/Dpto.:

4- Producto

- Nombre Comercial o Marca del Producto:
- Denominación del Producto a los fines del rotulado:
- Variedades (de corresponder):

d. Tipo de Envase Primario, Material y Contenido Neto:

e. Tipo de Venta

Libre Profesional / Industrial

f. Origen

i. Elaboración Nacional

Propia Tercerizada

ii. Importado

Terminado A granel

g. País de Procedencia:

h. Condiciones de Almacenamiento:

i. Descripción del sistema de identificación de lote o partida:

5- Composición

a. Composición cuali – cuantitativa porcentual completa del producto

Nº CAS / C.I	Nombre Químico	Nombre Genérico	% (p/p o p/v)

6- Características físico químicas del producto

a. pH:

b. Densidad:

c. Solubilidad:

Soluble en agua Soluble en solventes orgánicos

d. Color:

e. Olor:

f. Otros según tipo de formulado a requerimiento de la Autoridad Sanitaria:

7- Rotulado

- a. Diseño definitivo de rotulo para todos los contenidos netos y / o variedades a registrar

Lugar y Fecha:

Firma y aclaración del
Apoderado / Representante Legal

Firma y aclaración del
Director Técnico