



GOBIERNO  
de  
CANTABRIA

**COMUNICACIÓN DE PRODUCTOS  
ALIMENTICIOS ESPECÍFICOS PARA  
DETERMINADOS GRUPOS DE  
POBLACIÓN**

Rgto. entrada

**Marque lo que proceda:**

- PRIMERA PUESTA EN EL MERCADO NACIONAL
- CAMBIO DE ETIQUETA
- OTROS CAMBIOS (composición, forma de presentación, dirección, etc.)
- CESE DE COMERCIALIZACION

**DATOS DEL RESPONSABLE DE LA COMERCIALIZACION**

**Apellidos y nombre o razón social:**

**NIF/NIE/CIF:**

**Apellidos y nombre del representante:**

**NIF/NIE del representante:**

**Título de representación:**

**Domicilio social (calle, etc.):**

Nº:      Bloque:      Escal:      Piso:      Letra:

**Localidad:**

**Código postal:**

**Municipio:**

**Provincia:** Cantabria

**Teléfono:**

**Fax:**

**E-mail:**

**Nº RGSEAA de la empresa:**

**DATOS DEL PRODUCTO**

**Nombre comercial:**

**Presentación:**

**Cantidad:**

**CATEGORÍA DEL PRODUCTO (marque la que proceda):**

- Alimentos destinados a los lactantes y niños de corta edad
- Alimentos sustitutivos de la dieta completa para el control de peso
- Alimentos adaptados a un intenso desgaste muscular, sobre todo para los deportistas.
- Alimentos destinados a usos médicos especiales. En su caso:
  - Declara su intención de optar a la solicitud de inclusión o modificación en la oferta de productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud
- Alimentos que no se ajustan a legislación UE y se comunican por reconocimiento mutuo UE

**DATOS DEL FABRICANTE**

**Nombre o razón social:**

**Domicilio:**

**País:**

<input type="checkbox"/> <b>CAMBIO DE RESPONSABLE DE COMERCIALIZACION</b>	
Apellidos y nombre o razón social del anterior:	NIF/NIE/CIF:
<input type="checkbox"/> <b>OTRO CAMBIO</b>	
Indicar el cambio ( <i>cambio de etiqueta, de composición del producto, etc.</i> ) y su descripción:	
<input type="checkbox"/> <b>CESE DE COMERCIALIZACIÓN</b>	
Denominación y descripción del producto:	Fecha cese:

<b>DOCUMENTACIÓN ADJUNTA</b>
Marque lo que corresponda:
<input type="checkbox"/> Ejemplar de la etiqueta y de cualquier otro material impreso que acompañe al producto. <input type="checkbox"/> Certificado de libre venta del producto (original), cuando proceda de otro país UE y se comercialice en España en virtud del principio de reconocimiento mutuo. <input type="checkbox"/> Traducción jurada al idioma español del certificado de libre venta.

Declaro bajo mi responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente notificación y en la documentación adjunta, así como su conformidad con la legislación vigente.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma y sello

ILMO(A) SR(A). DIRECTOR(A) GENERAL DE SALUD PÚBLICA.- CONSEJERÍA DE SANIDAD  
C/ Federico Vial nº 13. 39009 Santander.- Telf. 942207730 Fax: 942207728