

 <p>GOBIERNO de CANTABRIA</p>	COMUNICACIÓN DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS ESPECÍFICOS PARA DETERMINADOS GRUPOS DE POBLACIÓN	Rgtro. entrada
Marque lo que proceda: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PRIMERA PUESTA EN EL MERCADO NACIONAL <input type="checkbox"/> CAMBIO DE ETIQUETA <input type="checkbox"/> OTROS CAMBIOS (composición, forma de presentación, dirección, etc.) <input type="checkbox"/> 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): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alimentos destinados a los lactantes y niños de corta edad <input type="checkbox"/> Alimentos sustitutivos de la dieta completa para el control de peso <input type="checkbox"/> Alimentos adaptados a un intenso desgaste muscular, sobre todo para los deportistas. <input type="checkbox"/> Alimentos destinados a usos médicos especiales. En su caso: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Declara su intención de optar a la solicitud de inclusión o modificación en la oferta de productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud <input type="checkbox"/> 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"/> CAMBIO DE RESPONSABLE DE COMERCIALIZACION	
Apellidos y nombre o razón social del anterior:	NIF/NIE/CIF:
<input type="checkbox"/> OTRO CAMBIO	
Indicar el cambio (<i>cambio de etiqueta, de composición del producto, etc.</i>) y su descripción:	
<input type="checkbox"/> CESE DE COMERCIALIZACIÓN	
Denominación y descripción del producto:	Fecha cese:

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA
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