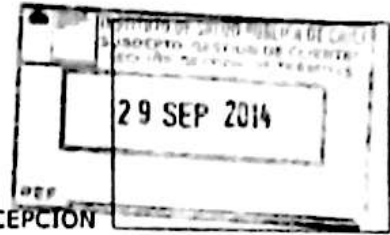


2/25755201



FECHA DE RECEPCIÓN

FORMULARIO SDM/004

**INSCRIPCIÓN DE EMPRESA FABRICANTE Y/O EXPORTADORA,
IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**

No escribir en las áreas sombreadas. Imprimir en duplicado tamaño Folio 21.6 x 33 cm

Solicitud N° Ref.:	8301/14	N° Comprobante de Pago Arancel	
Código Arancelario:	4140122		

1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA SOLICITANTE

- 1.1 Razón Social: Moonclub Ltda.
- 1.2 Nombre de Fantasía: Mialuna
- 1.3 RUT: 76032285-7
- 1.4 Dirección: Flor de Azucenas 50 dp 504 Las Condes
- 1.5 Ciudad: Santiago Región: Metropolitana
- 1.6 Teléfono: 22636517 Fax:
- 1.7 E-mail: contacto@mialuna.cl
- 1.8 Página Web: www.mialuna.com

2. IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

- 2.1 Nombre: Paula Valenzuela Rendic
- 2.2 Rut: 15.314.451-6
- 2.3 Profesión y/o Actividad: Ingeniero Comercial
- 2.4 Teléfono: 98021840 2.5 E-mail: paula@mialuna.cl

3. IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE TÉCNICO ANTE EL ISP

- 3.1 Director Técnico Asesor Técnico
- 3.2 Nombre: Roxanna Gianini 3.3 Rut: 15.090.268-1
- 3.4 Profesión y/o Actividad: Matrona
- 3.5 Teléfono: 96798698 3.6 E-mail: roxannagianini@gmail.com



4. ANTECEDENTES LEGALES DE LA EMPRESA:

4.1 Inscripción Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces

4.1.1 Fojas: 309

4.1.2 Número: 14379

4.1.3 Año: 2008

4.2 Giro de la Empresa:

4.2.1 Fabricante:

4.2.2 Exportador:

4.2.3 Importador:

4.2.4 Distribuidor:

5. ANTECEDENTES LEGALES QUE DEBEN ACOMPAÑAR LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN.

(Si se incluyen antecedentes en idioma distinto al español, adjuntar una traducción simple bajo declaración jurada, señalando que corresponde fielmente al texto original).

5.1 Copia autorizada de Escritura de Constitución, sus Modificaciones y Respective Extractos.

5.2 Contrato de Distribución con el Fabricante debidamente legalizado (si corresponde)

6. LISTA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS QUE COMERCIALIZA LA EMPRESA.

Elabore una tabla en formato Excel, utilizando como modelo la tabla que se presenta en la página siguiente, e introduzca los datos de los dispositivos médicos que comercializa su empresa.

Adjunte a este Formulario un CD conteniendo la tabla solicitada en este punto.

Declaro bajo juramento que los datos suministrados en el presente formulario así como los antecedentes acompañados, son verdaderos e íntegros. Formulo la presente declaración en conocimiento de lo dispuesto en el artículo 210 del Código Penal, que dispone: "El que ante la autoridad o sus agentes perjurar o diere falso testimonio en materia que no sea contenciosa, sufrirá penas de presidio menor en sus grados mínimo a medio y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales".

Nombre y Firma
Representante Legal

Nombre y Firma
Responsable Técnico

Contacto: Subdepartamento Dispositivos Médicos / Agencia Nacional de Medicamentos
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE, Av. Marathon 1000, Nuñoa, Santiago
E-mail: ecabezas@ispch.cl - Tel: (02) 25755373 Fax: (02) 25755663