

### 1. DATOS DE LA SOLICITUD

(1) MODALIDAD:	(2) LUGAR DE PRESENTACIÓN	CÓDIGO
<input type="checkbox"/> <b>MEDICAMENTOS</b> (R1768/92/CEE)		
<input type="checkbox"/> <b>PRODUCTOS FITOSANITARIOS</b> (R1610/96/CE)		

### 2. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE/DENOMINACIÓN SOCIAL (3)				D.N.I./C.I.F. (4)			
DIRECCIÓN POSTAL				CÓDIGO POSTAL Y LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	CODIGO PAÍS
DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO		Nº TELÉFONO	(5) INDICACIÓN DEL MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE				
			<input type="checkbox"/> CORREO POSTAL <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO				

### 3. IDENTIFICACIÓN DE LA PATENTE DE BASE (6)

NÚMERO DE SOLICITUD	FECHA DE PRESENTACIÓN	NÚMERO DE PUBLICACIÓN	FECHA DE CONCESIÓN
TITULAR			
TÍTULO			

### 4. AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

(7) PARA EL PRODUCTO (Denominación conforme a las Directivas 65/65/CEE, 81/851/CEE o 91/414/CEE)		
DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO AUTORIZADO:		
(8) PRIMERA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN COMO MEDICAMENTO O PRODUCTO FITOSANITARIO EN ESPAÑA		
NÚMERO	FECHA	
(9) PRIMERA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN EN LA COMUNIDAD EUROPEA (Completar sólo en caso de ser diferente de la anterior)		
NÚMERO	FECHA	PAÍS
NORMA LEGAL BAJO LA QUE TUVO LUGAR LA AUTORIZACIÓN		

**5. IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE**

(10) REPRESENTACIÓN		(11) Nº PODER GENERAL	
<input type="checkbox"/> EL SOLICITANTE NO ESTÁ REPRESENTADO	<input type="checkbox"/> EL SOLICITANTE ESTÁ REPRESENTADO POR:	<input type="checkbox"/> AGENTE DE LA PROPIEDAD INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/> OTRO REPRESENTANTE
(12) ACTUACIÓN POR MEDIO DE AGENTE	NOMBRE:	CÓDIGO DE AGENTE:	
(13) ACTUACIÓN POR MEDIO DE OTRO REPRESENTANTE	NOMBRE	DIRECCIÓN POSTAL	
DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO	Nº TELÉFONO	(14) INDICACIÓN DEL MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE	
		<input type="checkbox"/> CORREO POSTAL <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> BUZÓN OEPM	

**6. ÍNDICE DE DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN (15)**

<input type="checkbox"/> COPIA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN EN ESPAÑA <input type="checkbox"/> COPIA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN EN LA CE <input type="checkbox"/> TRADUCCIÓN DE LA PUBLICACIÓN EN EL BOLETIN OFICIAL DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN EN LA CE <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DE QUE EL PRODUCTO ESTÁ PROTEGIDO POR LA PATENTE BASE <input type="checkbox"/> JUSTIFICANTE DE PAGO DE TASAS <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE PRORROGA DE 6 MESES (Medicamentos pediátricos) <input type="checkbox"/> OTROS:	FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE
	FIRMA DEL FUNCIONARIO

### 1. DATOS DE LA SOLICITUD

(1) MODALIDAD:	(2) LUGAR DE PRESENTACIÓN	CÓDIGO
<input type="checkbox"/> <b>MEDICAMENTOS</b> (R1768/92/CEE)		
<input type="checkbox"/> <b>PRODUCTOS FITOSANITARIOS</b> (R1610/96/CE)		

### 2. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE/DENOMINACIÓN SOCIAL (3)				D.N.I./C.I.F. (4)			
DIRECCIÓN POSTAL				CÓDIGO POSTAL Y LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	CODIGO PAÍS
DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO		Nº TELÉFONO	(5) INDICACIÓN DEL MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE				
			<input type="checkbox"/> CORREO POSTAL <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO				

### 3. IDENTIFICACIÓN DE LA PATENTE DE BASE (6)

NÚMERO DE SOLICITUD	FECHA DE PRESENTACIÓN	NÚMERO DE PUBLICACIÓN	FECHA DE CONCESIÓN
TITULAR			
TÍTULO			

### 4. AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

(7) PARA EL PRODUCTO (Denominación conforme a las Directivas 65/65/CEE, 81/851/CEE o 91/414/CEE)		
DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO AUTORIZADO:		
(8) PRIMERA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN COMO MEDICAMENTO O PRODUCTO FITOSANITARIO EN ESPAÑA		
NÚMERO	FECHA	
(9) PRIMERA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN EN LA COMUNIDAD EUROPEA (Completar sólo en caso de ser diferente de la anterior)		
NÚMERO	FECHA	PAÍS
NORMA LEGAL BAJO LA QUE TUVO LUGAR LA AUTORIZACIÓN		

**5. IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE**

(10) REPRESENTACIÓN		(11) Nº PODER GENERAL	
<input type="checkbox"/> EL SOLICITANTE NO ESTÁ REPRESENTADO	<input type="checkbox"/> EL SOLICITANTE ESTÁ REPRESENTADO POR:	<input type="checkbox"/> AGENTE DE LA PROPIEDAD INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/> OTRO REPRESENTANTE
(12) ACTUACIÓN POR MEDIO DE AGENTE	NOMBRE:	CÓDIGO DE AGENTE:	
(13) ACTUACIÓN POR MEDIO DE OTRO REPRESENTANTE	NOMBRE	DIRECCIÓN POSTAL	
DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO	Nº TELÉFONO	(14) INDICACIÓN DEL MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE	
		<input type="checkbox"/> CORREO POSTAL <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> BUZÓN OEPM	

**6. ÍNDICE DE DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN (15)**

<input type="checkbox"/> COPIA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN EN ESPAÑA <input type="checkbox"/> COPIA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN EN LA CE <input type="checkbox"/> TRADUCCIÓN DE LA PUBLICACIÓN EN EL BOLETIN OFICIAL DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN EN LA CE <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DE QUE EL PRODUCTO ESTÁ PROTEGIDO POR LA PATENTE BASE <input type="checkbox"/> JUSTIFICANTE DE PAGO DE TASAS <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE PRORROGA DE 6 MESES (Medicamentos pediátricos) <input type="checkbox"/> OTROS:	FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE
	FIRMA DEL FUNCIONARIO