



## Notificación de puesta en el mercado de complementos alimenticios

1.- Tipo de solicitud (Una solicitud por cada producto) :

|                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/>            | Notificación inicial                     |  |
| <input type="checkbox"/>            | Cambio de denominación                   | Indique anterior denominación comercial del producto:      |
| <input type="checkbox"/>            | Baja                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Modificación de etiquetado. Especifique: | Corrección de errores descritos en reunión con inspectores |
| <input type="checkbox"/>            | Otros                                    | Especifique:   |

2.- Datos de la Empresa:

|  |           |              |                    |     |            |
|--|-----------|--------------|--------------------|-----|------------|
| NIF  | B82545096 | Razón Social | ANDROMEDICAL, S.L. |     |            |
| Nº Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos |           |              |                    |     | 26.13021/M |
| Domicilio Social   |           | Tipo de vía  | Nombre vía         |     | Nº 80      |
| Piso   | 2         | Puerta       | A                  | CP  | 28221      |
| Localidad  |           | MAJADAHONDA  |                    |     |            |
| Provincia  |           |              |                    |     |            |
| Teléfono   | 916381899 |              |                    | Fax | 911981740  |

3.- Datos de el/la representante legal:

|          |  |                          |  |
|----------|--|--------------------------|--|
| NIF/ NIE |  | Apellidos                |  |
| Nombre   |  | Título de representación |  |

4.- Datos del Producto:

|   |             |                                  |  |
|---|-------------|----------------------------------|--|
| Nombre comercial del producto   | HAIR        |                                  |  |
| Marca y/o nombre  | ANDROPHARMA |                                  |  |
| Forma de presentación   | CAPSULAS    | Contenido del Envase             | 30                                     |
| ¿Se notifica conforme a lo establecido en el artículo 9 del Real Decreto 1487/2009? |             | <input checked="" type="radio"/> | Sí <input type="radio"/> No            |
| ¿Es la primera comercialización del producto en la Unión Europea?                   |             | <input type="radio"/>            | Sí <input checked="" type="radio"/> No |
| En caso de segunda comercialización, ¿en qué otros países se comercializa?          | PORTUGAL    |                                  |  |

5.- Datos del Fabricante:

|   |                  |            |            |           |            |
|---|------------------|------------|------------|-----------|------------|
| Razón Social  | [REDACTED]       |            |            |           |            |
| Nº Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos (empresas de España) |                  |            |            |           | [REDACTED] |
| Domicilio   | Tipo de vía      | Nombre vía |            | Nº        | 47         |
| Piso  | Puerta           | CP         | [REDACTED] | Localidad | [REDACTED] |
| Provincia   | BARCELONA        |            |            |           |            |
| Nombre del producto de origen   | ANDROPHARMA HAIR |            |            |           |            |
| País de Origen  | ESPAÑA           |            |            |           |            |



# Comunidad de Madrid

## 6.- Medio de notificación

|                                  |   |   |        |            |    |       |           |             |           |    |    |
|----------------------------------|---|---|--------|------------|----|-------|-----------|-------------|-----------|----|----|
| <input type="radio"/>            | Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid) |   |        |            |    |       |           |             |           |    |    |
| <input checked="" type="radio"/> | Deseo ser notificado/a por correo certificado   |   |        |            |    |       |           |             |           |    |    |
|                                  | Tipo de vía   |   |        | Nombre vía |    |       | NORIAS    |             |           | Nº | 80 |
|                                  | Piso  | 2 | Puerta | A          | CP | 28221 | Localidad | MAJADAHONDA | Provincia |    |    |

## 7.- Documentación requerida:

**NOTA:** En caso de presentación telemática aporte el/los ficheros con la documentación. En caso de presentación de forma presencial adjunte la documentación por triplicado a la solicitud.

### 7.1.- Documentación requerida en todo tipo de solicitudes:

| TIPO DE DOCUMENTO  | Se aporta en la solicitud           |
|--|-------------------------------------|
| ETIQUETA del producto (Las menciones, indicaciones, marcas de fábrica o comerciales, dibujos o signos relacionados con un producto alimenticio que figuren en cualquier envase, documento, rótulo, etiqueta, faja o collarín que acompañen o se refieran a dicho producto alimenticio) | <input checked="" type="checkbox"/> |

### 7.2.- Documentación adicional requerida en las solicitudes de “notificación inicial”, “cambio de denominación” y “modificación de etiquetado”:

| TIPO DE DOCUMENTO                           | Se aporta en la solicitud           |
|---|-------------------------------------|
| Justificante de abono de la tasa (mod. 030) | <input checked="" type="checkbox"/> |

### 7.3.- Documentación adicional requerida en los casos de productos comercializados en la Unión Europea:

| TIPO DE DOCUMENTO   | Se aporta en la solicitud |
|---|---------------------------|
| Copia de la respuesta en modelo oficial de la autoridad competente del Estado Miembro a la notificación presentada ante dicha Autoridad y la traducción de la misma | <input type="checkbox"/>  |
| Etiqueta original con la que se comercializa el producto en dicho Estado Miembro que ha dado la conformidad a la primera notificación                               | <input type="checkbox"/>  |

### 7.4.- Documentación adicional relativa a la persona física o jurídica que efectúa la notificación:

| TIPO DE DOCUMENTO   | Se aporta en la solicitud |
|---|---------------------------|
| Documentación que acredite que la persona física o jurídica que efectúa la notificación representa a la empresa responsable de la comercialización del producto en el territorio nacional | <input type="checkbox"/>  |



# Comunidad de Madrid

## Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.

No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

El abajo firmante, con capacidad jurídica y de obrar suficiente para este acto, en su propio nombre o en representación de la empresa, y con relación a la notificación de puesta en el mercado del complemento alimenticio,

### DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD:

1. Que el complemento alimenticio que figura en esta notificación cumple los requisitos establecidos en la legislación que le es de aplicación y se compromete a mantener el cumplimiento durante la comercialización del producto
2. Que son ciertos los datos consignados en esta declaración, comprometiéndose a probar documentalmente, cuando le sea requerido, dicha información y que en caso de que alguno de los datos declarados fuera incorrecto, falso o inexacto supondrá la asunción de las responsabilidades previstas en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
3. Que el operador está obligado a comunicar, cuando se produzca, la variación de los datos anteriormente declarados.

En MAJADAHONDA .., a 15 .....de junio .. de 2016

### FIRMA

Huella digital de GOMEZ DIEGO EDUARDO ANTONIO - NIF 07520114B //  
Nombre de reconocimientoDN: GOMEZ DIEGO EDUARDO ANTONIO // Fecha:  
15.06.2016 16:33:58

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero SISPAL, cuya finalidad es el control de industrias y productos alimentarios, y podrán ser cedidos cuando por razones de interés general y al amparo de lo establecido en el artículo 55.5 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, sea necesario, además de otras cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>DESTINATARIO</b> | Consejería de Sanidad<br>Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria<br>Servicios de Salud Pública Área VI Sanidad |
|---------------------|--|