**ANEXO II**

**FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE REVALIDACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN EXCEPCIONAL DE ANTISÉPTICOS PARA PIEL SANA CON ETANOL POR PANDEMIA COVID-19**

La empresa:

con domicilio social en:

Población:

Provincia: Código Postal nº:

Teléfono nº: Fax nº:

representada, por D/Dª:

con D.N.I. o nº de pasaporte

con domicilio en:

(calle, código postal, localidad, país)

desea mantener en vigor, en las mismas condiciones, su autorización de comercialización nº:

Para lo que acompaña la correspondiente autorización para que se proceda a su revalidación.

En a de de

Fdo.:

(Nombre y apellidos)

Destinatario: DIRECTORA DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.

Parque Empresarial “Las Mercedes”, C/ Campezo 1, Edificio 8,

28022 MADRID.