**FORMATO CARTA DE RESPALDO DE OFERTAR CLAVES QUE REQUIEREN REGISTRO SANITARIO.**

*(Nota: en caso de que el oferente sea titular del registro sanitario que oferta a su propuesta técnica, no será necesario la presentación de este anexo)*

(CARTA EN ORIGINAL, PAPEL MEMBRETADO Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO)

\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Instituto Mexicano del Seguro Social**

**P r e s e n t e.**

El suscrito \_\_**(Nombre)\_\_**, en mi calidad de Representante Legal o persona que cuenta con facultades para comprometer a la empresa **(Nombre o Razón Social del Titular del Registro Sanitario)**, Titular del Registro Sanitario indicado en el recuadro siguiente, manifiesto que mi representada posee la capacidad técnica y suficiente para respaldar por la(s) clave(s) que se detallan a continuación, la propuesta que presenta \_(**Nombre o Razón Social del oferente o-Distribuidor Autorizado-)**, en el evento de contratación **(indicar el número de procedimiento de contratación)**, por las siguientes cantidades o porcentajes:

DETALLAR LAS CLAVES PARA LAS QUE MANIFIESTA SU RESPALDO EN LA PROPUESTA.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C L A V E** | | | | | **DESCRIPCIÓN** | **PRESENTACIÓN** | **NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO.** | **CANTIDAD MÁXIMA REQUERIDA.** | **CANTIDAD Y O PORCENTAJE QUE RESPALDA.** |
| **GPO** | **GEN** | **ESP** | **DIF** | **VAR** | **UNI** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Así mismo mi representada se compromete a:

* Garantizar la entrega de insumos durante la vigencia del contrato, por la cantidad o porcentaje que respaldo.
* Cumplir con el plazo de garantía de los insumos para la salud.
* Garantizar la gestión de pruebas por parte de un laboratorio acreditado por la entidad correspondiente o tercero autorizado.
* Poner a la vista las especificaciones técnicas de calidad, métodos de prueba, sustancias de referencia y los estudios de estabilidad acelerada y a largo plazo, así como la validación de métodos de prueba de los insumos que oferta, en el momento que se le requiera, y

Por último manifiesto de que los bienes terapéuticos que respaldo cumplen con las Normas indicadas en el numeral relativo del anexo técnico del procedimiento de contratación.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO**