Haga clic aquí para escribir una fecha.

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de excepción al registro:** | **Requisitos:** |
| [ ] Razones humanitarias. | Art. 10, Decreto 36 de 17.ene.2020. |
| [ ] No existe disponibilidad en el mercado. | Art. 10, Decreto 36 de 17.ene.2020. |
| [ ]  Investigación científica. | Art. 32, Decreto 36 de 17.ene.2020. |
| [ ]  Desabastecimiento crítico. | Art. 11, Decreto 36 de 17.ene.2020. |

Elija un elemento.

**Escriba el nombre del director (a).**

Director(a) Nacional de Farmacia y Drogas

Ciudad de Panamá

1. **Adicional a los requisitos** de los artículos 10, 11 y 32 del Decreto 36 de 17 de enero de 2020, debe:
* Presentar “*copia simple (legible) de la* *factura de importación”*.
1. *Copia de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) y copia del certificado de análisis*, no aplica cuando la excepción al registro corresponde a una solicitud personal (receta médica personal).
2. La *solicitud de la institución requirente*, debe estar firmada por el Director Médico.
3. Para los “*productos de investigación*”, el certificado de BPM debe ser del Laboratorio que produce el medicamento o producto en investigación y/o placebo detallado en el estudio.

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DEL PRODUCTO.**
 |
| 1.1 Nombre del producto:**Haga clic o pulse aquí para escribir texto.** |
| 1.2 Principio activo y concentración:Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | 1.3 Forma farmacéutica:Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| 1.4 Laboratorio fabricante:Escriba el nombre del laboratorio. | 1.5 País del fabricante:Escriba el país. |
| 1.6 Laboratorio acondicionador y país: Escriba el nombre del acondicionador o N/A cuando no aplica. |
| 1.7 Titular del producto y país:Escriba el nombre del titular o N/A cuando no aplica. |
| 1.8 Nombre de la Institución que requiere el producto / Nombre de la persona (trámite con receta personal).Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **1.9 Datos de la cantidad a importar.** |
| 1.9.1 Cantidad | 1.9.2 Presentación del producto | 1.9.3 Lote | 1.9.4 Expiración |
| Escriba aquí. | Escriba aquí. | Escriba aquí.  | Escriba aquí. |

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre.**

Cargo.

Empresa solicitante.

Teléfono.

Correo electrónico.