**Fecha:**Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

**Para:** Dirección Nacional de Farmacia y Drogas

Ministerio de Salud, Edificio 240, Calle Culebra, Ancón, Ciudad de Panamá.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DATOS DEL PRODUCTO.** | |
| * 1. Nombre comercial del producto:   **Haga clic o pulse aquí para escribir texto.** | |
| * 1. Principio activo (DCI) y potencia:   Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | * 1. Forma farmacéutica:   Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| * 1. Laboratorios fabricantes del producto terminado y países:   Escriba el nombre del fabricante y su país. | |
| * 1. Laboratorio acondicionador y país:   Escriba el nombre del acondicionador o N/A cuando no aplica. | |
| * 1. Titular del producto y país:   Escriba el nombre del titular o N/A cuando no aplica. | |
| 1. **DATOS DEL SOLICITANTE** | |
| * 1. Nombre de la empresa que solicita:   Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | |
| * 1. Dirección del solicitante:   Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | |
| 1. **DATOS DEL DISTRIBUIDOR O DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS POR EL TITULAR** | |
| * 1. Nombre del distribuidor o distribuidores para la importación del producto en Panamá y No. de licencia:   Haga clic o pulse aquí para escribir el o los nombres de los distribuidores y su número de licencia emitida por esta Dirección. | |
| 1. **DATOS DE LA AUTORIDAD CONFIABLE O DE REFERENCIA** | |
| * 1. Nombre y país de la Autoridad Reguladora que autorizó el uso de emergencia:   Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | |
| * 1. Fecha de la Autorización de uso de emergencia:   Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | |

Confirmamos que, en el momento de la presentación de esta solicitud y después de la autorización del uso de emergencia, el producto, así como su composición, fórmula y potencia, la fabricación del producto terminado y de ingredientes farmacéuticos activos, las especificaciones, el envase y la información sobre el producto, serán idénticos en todo sentido al producto cuyo uso de emergencia o comercialización han sido autorizados por **“Escriba el Nombre de la Autoridad de Referencia con la que ingresa la solicitud”.**

Confirmamos que toda la información contenida en los documentos que acompañan a esta solicitud es verdadera y correcta.

Confirmamos que hemos leído y que comprendemos los documentos de orientación (*Decreto Ejecutivo No. 834 de 30 agosto de 2021 y Resolución No. 280 de 13 de octubre de 2021*) de la *“Dirección Nacional de Farmacia y Drogas”* sobre solicitudes de autorización del uso de emergencia.

Por lo tanto, solicitamos que considere la solicitud presentada en relación con este producto y autorice su uso de emergencia.

Atentamente,

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

**Nombre.**

Cargo.

Empresa solicitante.

Teléfono.

Correo electrónico.