**Haga clic aquí para escribir una fecha.**

Elija un elemento.

**Nombre del Director (a)**

Director(a) Nacional de Farmacia y Drogas

Ministerio de Salud

Ciudad

Por este medio solicito **Certificado de Libre Venta** (CLV) para el siguiente producto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Producto** | **No. de Registro Sanitario** | **Cantidad solicitada** |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Escriba aquí | Escriba aquí |

***\*Debe adjuntar****: Recibo de pago de la tasa por servicio.*

Atentamente,

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

**Nombre**

Cargo

Empresa

Teléfono / correo electrónico