|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LLENE EL FORMULARIO DE MANERA ELECTRÓNICA** | | | | | | |
| **SOLICITUD n.°:** Pulse aquí para escribir texto. | | | | **CASO n.°:** Pulse aquí para escribir texto. | | |
| **NOMBRE DEL PRODUCTO:**  Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | |
|  | 1. **DOCUMENTOS ADJUNTOS PARA ATENDER LAS OBSERVACIONES.** | | | | | **Folio n.°** |
| **1.** | Haga clic para escribir texto. | | | | | #. |
| **2.** | Haga clic para escribir texto / Rellene con línea punteada si no utiliza la casilla. | | | | | #. |
| **3.** | Haga clic para escribir texto / Rellene con línea punteada si no utiliza la casilla. | | | | | #. |
| **4.** | Haga clic para escribir texto / Rellene con línea punteada si no utiliza la casilla. | | | | | #. |
| **5.** | Haga clic para escribir texto / Rellene con línea punteada si no utiliza la casilla. | | | | | #. |
| **6.** | Haga clic para escribir texto / Rellene con línea punteada si no utiliza la casilla. | | | | | #. |
| **7.** | Haga clic para escribir texto / Rellene con línea punteada si no utiliza la casilla. | | | | | #. |
| **8.** | Haga clic para escribir texto / Rellene con línea punteada si no utiliza la casilla. | | | | | #. |
| **9.** | Haga clic para escribir texto / Rellene con línea punteada si no utiliza la casilla. | | | | | #. |
| **10.** | Haga clic para escribir texto / Rellene con línea punteada si no utiliza la casilla. | | | | | #. |
| **11.** | Haga clic para escribir texto / Rellene con línea punteada si no utiliza la casilla. | | | | | #. |
| **12.** | Haga clic para escribir texto / Rellene con línea punteada si no utiliza la casilla. | | | | | #. |
| 1. **NOTAS EXPLICATIVAS** | | | | | | |
| Haga clic para escribir texto/ Rellene con una línea punteada (----) si no utiliza esta casilla. | | | | | | |
| 1. **PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE** | | | | | | |
| Nombre Completo.  Escribe el nombre. | | n.° de cédula:  Escribe aquí. | | | n.° de Idoneidad:  Escribe aquí. | |
| Firma: | | | | | | |
| 1. **PARA USO DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS** | | | | | | |
| **Fecha de recibido en Ventanilla** | | | **Firma de quien recibe en ventanilla** | | | |
|  | | |  | | | |
| **Fecha de recibido en la Sección** | | | **Firma** | | | |
|  | | |  | | | |
| **Fecha de recibido por el evaluador** | | | **Firma** | | | |
|  | | |  | | | |