|  |
| --- |
| **LLENE EL FORMULARIO DE MANERA ELECTRÓNICA** |
| **SOLICITUD No.:** Pulse aquí para escribir texto. | **CASO No.:** Pulse aquí para escribir texto. |
| **NOMBRE DEL PRODUCTO:**Haga clic aquí para escribir texto. |
| 1. **Tipo de trámite.**
 |
|  | 1. **Documentos adjuntos para atender las observaciones.**
 | **Uso de F y D** |
| **1.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |
| **2.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |
| **3.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |
| **4.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |
| **5.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |
| **6.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |
| **7.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |
| **8.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |
| **9.** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |
| **10** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |
| 1. **Farmacéutico responsable del trámite.**
 |
| Nombre.Escribe el nombre. | No. de cédula:Escribe aquí. | No. de Idoneidad:Escribe aquí. |
| Firma: |
| 1. **PARA USO DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS**
 |
| **Ingreso de la solicitud:** | **Firma del funcionario que recibe:** | **Fecha:** |
| APROBADARECHAZADA |  |  |