1. **DATOS DEL SOLICITANTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Cédula/Pasaporte: |
| En condición de: | Propietario Representante Legal ApoderadoRegente Farmacéutico  |
| Solicito el trámite por: | Apertura Renovación |
| Sector:  | Estatal Privado  |

1. **DATOS OPERATIVOS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre Comercial del establecimiento: |  | Licencia N° o recibo de pago (aperturas):  |
| Dirección: |  |
| Provincia: | Distrito: | Corregimiento: |
| Teléfono (**obligatorio**): |  |
| Correo electrónico (**obligatorio**): @ |

1. **DATOS DEL REGENTE FARMACÉUTICO**

|  |
| --- |
| **Regente:** |
| Nº de idoneidad: |
| Cédula: | Teléfono: | Correo electrónico: |

1. **DATOS DE LOS ADJUNTOS A ESTE FORMULARIO**

|  |
| --- |
| Adjunto libro foliado para el registro de recetas (corrientes): \_\_\_\_. Con \_\_\_\_\_ páginas (cantidad).Adjunto boleta de timbres fiscales por un monto de B/.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (en concepto de 0.01 Centésimo por página)Adjunto libro anterior para su cierre (si aplica): \_\_\_\_\_ |

Damos fe de lo anterior, **los firmantes:**

**Solicitante**  **Regente farmacéutico**

Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de entrega a DNFD:

**Fundamento Legal:**

Ley N° 24 del 29 de enero de 1963

Nota: Para el retiro del libro debe portar el acuse de recibido de la solicitud entregada.

**Para consultas, puede contactarse a:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROVINCIA** | **OFICINA** | **TELÉFONO** | **Correo electrónico** |
| Panamá, Panamá Oeste, Darién, Colón y Guna Yala. | Sede, Ciudad de Panamá. | 512-9162 / 512-9170 | licencias@minsa.gob.pa |
| Chiriquí y Bocas del Toro. | David, Chiriquí. | 774 – 7410 | fydchiriqui@minsa.gob.pa |
| Coclé, Herrera, Los Santos y Veraguas. | Santiago, Veraguas. | 935 – 0316 | orvdnfd@minsa.gob.pa |