Espacio para copia de la Licencia de Operación

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Autenticación de copia de Licencia de Operación** | **F-01-SL-ACLOEF** | **Versión 17-12-2018** |
| Es fiel copia de la Licencia Original **N° [XXXXX]** que se expide a solicitud de la parte interesada para fines pertinentes.  Solicitado por:  **[NOMBRE DE LA EMPRESA]**  Esta copia sólo es válida con la firma y sello original de la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas.  Dado en la Ciudad de Panamá, a los [xx] días del mes de [xxxxxx] de dos mil [xxxxxxxxxx].  **MAGISTER LISBETH TRISTAN DE BREA**  Directora Nacional de Farmacia y Drogas.  Cédula No. 9-84-304 | | |