



REPÚBLICA DE PANAMA  
MINISTERIO DE SALUD  
**DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS**  
DEPARTAMENTO DE AUDITORIAS DE CALIDAD A ESTABLECIMIENTOS  
FARMACEUTICOS Y NO FARMACEUTICOS- **SECCION DE LICENCIAS**  
**SOLICITUD DE LICENCIA DE OPERACIÓN DE LABORATORIOS**  
**FABRICANTES**

**I. DATOS DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, \_\_\_\_\_ con cédula No. \_\_\_\_\_ residente en \_\_\_\_\_ y profesión \_\_\_\_\_ en condición de Propietario  Representante Legal  Apoderado  del establecimiento farmacéutico denominado \_\_\_\_\_ me dirijo a usted para solicitar por  INICIO  RENOVACIÓN  MODIFICACIÓN del Establecimiento Farmacéutico clasificado como **LABORATORIO FABRICANTE** para el año fiscal \_\_\_\_\_ Estoy Modificando lo siguiente: \_\_\_\_\_ (Especificar).  
Declaro a continuación los datos del establecimiento.

**II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO Y DEL REGENTE**

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
*(Calle o Avenida, Edificio, Local)*  
Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Corregimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
No. de Licencia de Operación expedida por la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas \_\_\_\_\_.

*El establecimiento farmacéutico se dedicará a la fabricación de* \_\_\_\_\_  
*y operará en el siguiente horario:*  
Lunes a viernes \_\_\_\_\_  
Sábados \_\_\_\_\_  
Domingos \_\_\_\_\_  
Feriados \_\_\_\_\_  
Lunes a Domingos y Días Feriados 24 horas

El regente farmacéutico es \_\_\_\_\_ con registro de idoneidad \_\_\_\_\_ y número de cédula \_\_\_\_\_ No. de teléfono fijo \_\_\_\_\_ con residencia actual en \_\_\_\_\_  
Corregimiento \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Su horario de regencia es de Lunes a Viernes de \_\_\_\_\_  
Sábados de \_\_\_\_\_ Domingos de \_\_\_\_\_  
Feriados de \_\_\_\_\_ Anexamos rotación de horario. SI  NO   
Trabaja en otra empresa denominada \_\_\_\_\_  
El farmacéutico de turno es (1) Lic. \_\_\_\_\_ Idoneidad \_\_\_\_\_  
En horario de Lunes a Viernes de \_\_\_\_\_  
Sábados de \_\_\_\_\_ Domingos de \_\_\_\_\_  
Feriados de \_\_\_\_\_  
Doy fe de la información anterior.

Representante Legal/Propietario/Apoderado  
Cédula \_\_\_\_\_

Regente Farmacéutico. Reg. \_\_\_\_\_  
Cédula \_\_\_\_\_

Farmacéutico de Turno (1) Reg. \_\_\_\_\_  
Cédula \_\_\_\_\_

**OTRO SÍ:** \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

1. La actividad a la que se dedica la empresa debe estar amparada en la Licencia Industrial o Aviso de Operación.
2. Los farmacéuticos regentes o de turno, deben anexar las cartas de Certificación de horarios de las empresas o instituciones donde laboren y a su vez deben estar firmadas por sus jefes inmediatos.

**LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA Y DECLARADA POR LOS FIRMANTES SE ENTIENDE QUE ES BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO.**