Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

Elija un elemento.

Escriba el nombre del Director (a).

Director(a) Nacional de Farmacia y Drogas

Ciudad de Panamá

Por medio del presente formulario solicito se reciba las muestras físicas que detallo a continuación:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Código** | **No. de Solicitud** | **Nombre del producto en trámite de registro sanitario\*** | **Lote** | **Expira\*\*** | **Cantidad** |
| **1** | Escriba aquí | Escriba aquí | Escriba aquí | Escriba aquí | Escriba aquí | --- |
| **2** | Escriba aquí | Escriba aquí | Escriba aquí | Escriba aquí | Escriba aquí |  ---  |
| **3** | Escriba aquí | Escriba aquí | Escriba aquí | Escriba aquí | Escriba aquí | --- |
| **4** | Escriba aquí | Escriba aquí | Escriba aquí | Escriba aquí | Escriba aquí |  ---  |
| **5** | Escriba aquí | Escriba aquí | Escriba aquí | Escriba aquí | Escriba aquí |  ---  |

\*Si su muestra física a presentar indica un nombre diferente al que se comercializará en Panamá, escribir entre paréntesis el nombre del producto del país de procedencia y/o como se identifique la muestra.

\*\*Indicar la expira del producto con el formato MM/AAAA.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que tramita

Cargo

Nombre de la Empresa que solicita el trámite de registro

Teléfono/ correo electrónico

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de Recibido** | **Firma del funcionario que recibe en Depósito** |
|  |  |

**PARA USO DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS**