Fecha de Recepción de expedientes: **Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.**

Nombre de la persona que presenta en ventanilla: **Escriba aquí.**

Número de identidad personal: **Escriba aquí.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **NOMBRE COMERCIAL DEL PRODUCTO** | **REGISTRO SANITARIO** | **N° CASO** | **N° SOLICITUD** |
| 1 | Escriba aquí. | Escriba aquí. | Escriba aquí. | Escriba aquí. |
| 2 | --- | --- | --- | --- |
| 3 | --- | --- | --- | --- |
| 4 | --- | --- | --- | --- |
| 5 | --- | --- | --- | --- |
| 6 | --- | --- | --- | --- |
| 7 | --- | --- | --- | --- |
| 8 | --- | --- | --- | --- |
| 9 | --- | --- | --- | --- |
| 10 | --- | --- | --- | --- |

* Las solicitudes se presentan conforme a las indicaciones de la guía de usuario (foliados, rotulado, dispositivo “CD o USB” en sobres, etc.): [ ]
* Número total de trámites/expedientes presentados: **Escriba aquí.**
* Nombre legible del farmacéutico responsable del trámite: **Escriba aquí.**

Firma del responsable del trámite: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **PARA USO DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS****(VENTANILLA)** |
| **Funcionario que recibe los expedientes** | **Número total de trámites que recibe:** |
|  |  |