**FORMULARIO DE RECEPCIÓN o DECOMISO DE PRODUCTO FARMACÉUTICO**

**PRESUNTAMENTE FALSIFICADO O ILÍCITO**

Fecha de Recibido: Ingrese la fecha aquí. Motivo: Elija un elemento.

Describa el sitio del hallazgo: Haga clic aquí para escribir texto.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. DATOS DEL PRODUCTO** | | |
| 1.1 Nombre del producto:  Haga clic aquí para escribir texto. | | |
| 1.2 Principio activo y Concentración:  Haga clic aquí para escribir texto. | 1.3 Forma Farmacéutica:  Haga clic aquí para escribir texto. | |
| 1.4 Laboratorio Fabricante:  Haga clic aquí para escribir texto. | 1.5 País del Fabricante:  Haga clic aquí para escribir texto. | |
| 1.6 Laboratorio acondicionador y país:  Haga clic aquí para escribir texto. | | |
| 1.7 Titular del producto y país:  Haga clic aquí para escribir texto. | | |
| 1.8 Presentación del producto:  Haga clic aquí para escribir texto. | | Nº de Registro Sanitario (Panamá):  Haga clic aquí para escribir |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. DETALLES DEL PRODUCTO FARMACÉUTICO** | | |
| 2.1 Cantidad:  Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | 2.2 Adjuntan  Muestras: |
| Fotos: |
| 2.3 Lote: Número de Lote | 2.4 Fecha de Fabricación: Ingrese Fecha D/M/A | 2.5 Fecha de Expiración: Ingrese Fecha D/M/A |
| 2.6 Empaque Primario: | 2.7 Empaque Secundario: | 2.8 Contiene Inserto: |