| Logo MINSA.jpg | | **MINISTERIO DE SALUD**  **DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS**  **DEPARTAMENTO DE REGISTRO SANITARIO DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS PARA LA SALUD HUMANA** | | **F-05-RS-CR**  **Versión 31.08.2016** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Solicitud para Corrección** | | | | |
|  | | | | |
| Panamá, 00 de xxxxxxxxxx de 20xx | | | | |
| Licenciado (a)  Nombre del Jefe del Departamento o  Nombre de Jefes de Secciones  de Registro Sanitario  Ciudad | | | | |
| **Asunto:** | Describir en forma breve y precisa:  El nombre del producto/tipo de trámite/número de registro sanitario/número de certificación o nota (si aplica)/ Lo que se solicita | | | |
| **Marque la casilla.** | | | | |
| Certificado de Registro Sanitario | | | Copia autenticada del Registro Sanitario | |
| Certificado de Libre Venta | | | Notas en general | |
| Certificaciones en general | | |  | |
|  | | |  | |
| Indique la información para la cual solicita corrección.  Describa la forma en que desea aparezca la información.  Mencione los documentos que respaldan su petición de ser necesarios.  Enuncie el fundamento legal si amerita.  Adjunte a esta nota los documentos que requiera para sustentar y explicar su petición. (si aplica) | | | | |

|  |
| --- |
| Atentamente,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre  Cargo  Empresa  Teléfono / Correo Electrónico |