**DEPARTAMENTO DE REGISTRO SANITARIO**

**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN**

Haga clic aquí para escribir una fecha.

Señor (a)

Director (a) Nacional de Farmacia y Drogas

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sección de Evaluación de Medicamentos, Cosméticos y Otros Productos. |
|  | Sección de Bioequivalencia. |
|  | Sección de Modificaciones al Registro Sanitario. |

Ministerio de Salud

Ciudad

**Marcar la casilla de la sección a la cual dirige su solicitud.**

Por este medio se solicita se certifique lo siguiente:

***(Marque la casilla correspondiente)***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Si requiere registro sanitario** |  | **Cuenta con registro sanitario** |  | **Otras certificaciones** |
| **Adjuntar:**   * Recibo de pago de la tasa por servicio. **(Art. 5. Decreto 40)** * Copia de fórmula cualicuantitativa. * Etiqueta del producto (letra legible). * Copia de esta solicitud. | | **Adjuntar:**   * Recibo de pago de la tasa por servicio. **(Art. 5. Decreto 40)** * Copia de esta solicitud.   *Nota:* Si requiere alguna información en particular de productos registrados, favor especificar con su solicitud. | | **Adjuntar:**   * Recibo de pago de la tasa por servicio. **(Art. 5. Decreto 40)** * Copia de esta solicitud.   Describir lo que solicita se certifique. | |

* **Máximo 5 productos por solicitud, para los suplementos alimenticios.**
* **Máximo 10 productos por solicitud, para los cosméticos.**
* **Para las demás certificaciones mencionar 1 producto por solicitud.**

En referencia a:

*Describa su solicitud, referente a registro sanitario, de manera clara, sencilla y precisa.*

Haga clic aquí para escribir texto.

Atentamente,

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

**Nombre** Haga clic aquí para escribir texto.

**Cargo** Haga clic aquí para escribir texto.

**Empresa** Haga clic aquí para escribir texto.

**Teléfono** Haga clic aquí para escribir texto.

**Correo electrónico** Haga clic aquí para escribir texto.