| **MINISTERIO DE SALUD****DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS****DEPARTAMENTO DE REGISTRO SANITARIO DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS PARA LA SALUD HUMANA** |
| --- |
| **­F-07-RS-CLV-C** | **Versión 02-01-2018** |
| **Solicitud para Certificado de Libre Venta, Autenticación de copia del Certificado de Registro Sanitario**  |
| ­ |
| Panamá, 00 de xxxxxxxxxx de 20xx  |
| Magister**Lisbeth Tristán de Brea**Directora Nacional de Farmacia y DrogasMinisterio de SaludCiudad |
| Por este medio se solicita el siguiente documento: |
| ***Marque la casilla a la cual corresponde su solicitud.***  |
| [ ]  **Certificado de Libre Venta (CLV)** | [ ]  **Autenticación de copia del Certificado de Registro Sanitario** |
| **Debe adjuntar:*** Recibo de pago de la tasa por servicio.

***Nota:*** Máximo 5 productos. | **Debe adjuntar:*** *Certificado Original.*
* *Número de copias solicitadas con el formato F-RS-ACRS-01.*
* *Recibo de pago de la tasa por servicio.*
 |
|  | **(CLV o Autenticación)** |  |
| **Nombre del Producto** | **No. de Registro Sanitario** | **Cantidad solicitada** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Atentamente,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Nombre:

Cargo:

Empresa:

Teléfono / correo electrónico: