Haga clic aquí para escribir una fecha.

Señor (a)

Director (a) Nacional de Farmacia y Drogas

Ministerio de Salud

Ciudad

Por este medio se solicita se certifique lo siguiente:

***(Marque la casilla correspondiente a su solicitud)***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Si requiere registro sanitario** |  | **Cuenta con registro sanitario** |  | **Otras certificaciones** |
| **Adjuntar:**   * Recibo de pago de la tasa por servicio. **#** * Copia de fórmula cualicuantitativa. * Etiqueta del producto (letra legible). * Copia de esta solicitud. | | **Adjuntar:**   * Recibo de pago de la tasa por servicio. **#** * 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.**#** * Descripción de su solicitud. * Copia de esta solicitud. | |

***# Fundamento legal: Decreto Ejecutivo No.95 de 14 de mayo de 2019.***

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

*En este espacio, describa su solicitud de manera clara, sencilla y precisa*

Atentamente,

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

**Nombre**

Cargo

Empresa

Teléfono

Correo electrónico