**Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.**

Elija un elemento.

**Nombre del Jefe de Departamento.**

Ciudad

**Asunto:** Describa 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 solicita.

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Registro Sanitario | [ ]  Notas |
| [ ]  Certificado de Libre Venta | [ ]  Otros |
| [ ]  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.