**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.