Espacio para copia del Certificado de Registro Sanitario

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Autenticación de copia del registro sanitario** | **F-08-RS-ACRS** | **Versión 01-06-2017** |
| Es fiel copia del Registro Original **N° [XXXXX]** que se expide a solicitud de la parte interesada para fines pertinentes.Solicitado por:**[NOMBRE DE LA EMPRESA]**Esta copia sólo es válida con la firma y sello original de la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas.No es válido sin elTimbre FiscalDado en la Ciudad de Panamá, a los [xx] días del mes de [xxxxxx] de dos mil [xxxxxxxxxx].**MAGISTER LISBETH TRISTAN DE BREA**Directora Nacional de Farmacia y Drogas.Cédula No. 9-84-304 |