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 el  Timbre Fiscal  Dado 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 | | |