| **MINISTERIO DE SALUD**  **DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS**  **DEPARTAMENTO DE REGISTRO SANITARIO DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS PARA LA SALUD HUMANA** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **­F-07-RS-CLV-C** | **Versión 02-01-2018** | | |
| **Solicitud para Certificado de Libre Venta, Autenticación de copia del Certificado de Registro Sanitario** | | | |
| ­ | | | |
| Panamá, 00 de xxxxxxxxxx de 20xx | | | |
| Magister  **Lisbeth Tristán de Brea**  Directora Nacional de Farmacia y Drogas  Ministerio de Salud  Ciudad | | | |
| Por este medio se solicita el siguiente documento: | | | |
| ***Marque la casilla a la cual corresponde su solicitud.*** | | | |
| **Certificado de Libre Venta (CLV)** | | **Autenticación de copia del Certificado de Registro Sanitario** | |
| **Debe adjuntar:**   * Recibo de pago de la tasa por servicio.   ***Nota:*** Máximo 5 productos. | | **Debe adjuntar:**   * *Certificado Original.* * *Número de copias solicitadas con el formato F-RS-ACRS-01.* * *Recibo de pago de la tasa por servicio.* | |
|  | **(CLV o Autenticación)** | |  |
| **Nombre del Producto** | **No. de Registro Sanitario** | | **Cantidad solicitada** |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |

|  |
| --- |
| Atentamente,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Nombre:

Cargo:

Empresa:

Teléfono / correo electrónico: