|  |  |
| --- | --- |
| 1 Dirección: | Elija un elemento. |
| 2Representante: | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 3Farmacéutico Patrocinante / Tramitante: | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 4Teléfono de Contacto: | Haga clic aquí para escribir texto. | 4Correo Electrónico: | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 5Nombre de los Producto: | 6 Nº E.F./E.F.G./P.B./P.N./P.C./P.A.: | 7Tramite Solicitado: |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. | 1 | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. | 2 | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. | 3 | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. | 4 | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. | 5 | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. | 6 | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. | 7 | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. | 8 | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. | 9 | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. | 10 | Haga clic aquí para escribir texto. |

|  |  |
| --- | --- |
| 8Cantidad de Sobres o cajas: |  |
| 9Entregado por: |  | 10Fecha: |  |
| 11Recibido por: |  | 12Fecha: |  |

**INSTRUCTIVO**

1. Elija del menú desplegable la Dirección Responsable de la evaluación del Trámite.
2. Indique la Razón Social del Representante del producto
3. Indique el nombre completo de Farmacéutico Patrocinante / Tramitante del producto
4. Indique el o los números de teléfono y correo electrónico de contacto del Farmacéutico Patrocinante / Tramitante.
5. Indique el nombre del producto objeto de la solicitud
6. Indique el número de registro sanitario o de solicitud de registro, en los casos que aplique.
7. Indique en cada línea el o los trámites solicitados relacionados con el producto indicado en el punto 5.
8. Indique el número de sobres o cajas remitidas
9. Indique en letra legible el nombre de la persona que está entregando el sobre o caja.
10. Indique la fecha en que está entregando está entregando el sobre o caja.

Para ser llenado por el funcionario Receptor:

1. Indique el nombre en letra legible de la persona que está recibiendo el sobre o caja.
2. Indique la fecha en que está recibiendo el sobre o caja.

**NOTA: ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO POR DUPLICADO, UNO DEBE SER COLOCADO EN LA CAJA O SOBRE QUE ENTREGA Y OTRO LE SERÁ DEVUELTO LLENO, COMO CONSTANCIA DE LA RECEPCIÓN RESPECTIVA.**