

SOLICITUD PARA SELLADO DE LIBRO DE RECETAS CORRIENTES

I. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre:	Cédula/Pasaporte:		
En condición de:	Propietario <input type="checkbox"/>	Representante Legal <input type="checkbox"/>	Apoderado <input type="checkbox"/>
	Regente Farmacéutico <input type="checkbox"/>		
Solicito el trámite por:	Apertura <input type="checkbox"/>	Renovación <input type="checkbox"/>	
Sector:	Estatal <input type="checkbox"/>	Privado <input type="checkbox"/>	

II. DATOS OPERATIVOS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

Nombre Comercial del establecimiento:			Licencia N° o recibo de pago (aperturas):
Dirección:			
Provincia:	Distrito:	Corregimiento:	
Teléfono (obligatorio):			
Correo electrónico (obligatorio):	@		

III. DATOS DEL REGENTE FARMACÉUTICO

Regente:			
Nº de idoneidad:			
Cédula:	Teléfono:	Correo electrónico:	

IV. DATOS DE LOS ADJUNTOS A ESTE FORMULARIO

Adjunto libro foliado para el registro de recetas (corrientes): _____. Con ____ páginas (cantidad).
Adjunto boleta de timbres fiscales por un monto de B/. _____. (en concepto de 0.01 Centésimo por página)
Adjunto libro anterior para su cierre (si aplica): _____

Damos fe de lo anterior, **los firmantes:**

Solicitante
Cédula/Pasaporte: _____

Regente farmacéutico
Cédula: _____

Fecha de entrega a DNFD:

Fundamento Legal:

Ley N° 24 del 29 de enero de 1963

Nota: Para el retiro del libro debe portar el acuse de recibido de la solicitud entregada.

Para consultas, puede contactarse a:

PROVINCIA	OFICINA	TELÉFONO	Correo electrónico
Panamá, Panamá Oeste, Darién, Colón y Guna Yala.	Sede, Ciudad de Panamá.		licencias@minsa.gob.pa
Chiriquí y Bocas del Toro.	David, Chiriquí.	774 – 7410	fydchiriqui@minsa.gob.pa
Coclé, Herrera, Los Santos y Veraguas.	Santiago, Veraguas.	935 – 0316	orvdnfd@minsa.gob.pa