



REPÚBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS

DEPARTAMENTO DE AUDITORIAS DE CALIDAD A ESTABLECIMIENTOS
FARMACEUTICOS Y NO FARMACEUTICOS
SECCION DE SUSTANCIAS SUJETAS A CONTROL

**SOLICITUD DE PERMISOS DE IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN O RE-
EXPORTACIÓN DE SICOTRÓPICOS, ESTUPEFACIENTES Y PRECURSORES
DE USO MEDICINAL**

No. de Solicitud _____

Fecha: _____

Señores:

Dirección Nacional de Farmacia y Drogas
Ministerio de Salud
Ciudad

La Empresa:

Ubicada en:

Con Licencia que autoriza el manejo de sustancias controladas No. _____
expedida el _____

Le solicita nos conceda Permiso de: **IMPORTACIÓN**

Para sustancias: **Psicotrópicas** **Estupefacientes** **Precursores**

Llenar los siguientes espacios:

Procedentes de: (Nombre del Laboratorio fabricante, dirección, país de origen y si hay intermediario indicar nombre del proveedor, dirección y país de procedencia)

Aduana de ingreso: _____ Vía de ingreso al país _____

Fecha propuesta de embarque: _____

Medio de Transporte y Empresa Transportista: _____

Le solicita nos conceda Permiso de: **EXPORTACIÓN** **REEXPORTACIÓN**

Para sustancias: **Psicotrópicas** **Estupefacientes** **Precursores**

Llenar los siguientes espacios:

Nombre del Importador: _____

Dirección del Importador: _____

No. de Teléfono y Fax _____

Permiso de Importación: _____ Fecha propuesta de Embarque: _____

País de Origen: _____ Punto de embarque y/o escala: _____

Medio de Transporte y Empresa Transportista: _____

Vía de Salida: _____ Punto de Llegada: _____