



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 LICENCIA DE SICOTRÓPICOS, ESTUPEFACIENTES
Y PRECURSORES DE USO MEDICINAL**

INICIO RENOVACIÓN MODIFICACIÓN

Nombre del Establecimiento: _____

Dirección: _____
(Calle o Avenida, Edificio, Local)

Provincia: _____ Distrito: _____ Corregimiento: _____

Teléfono Fijo: _____ Correo Electrónico: _____ Fax: _____

No. de Licencia de Operación _____ expedida por la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas
y Fecha de expedición _____.

No. de Licencia Comercial _____ Clase _____.

Nombre del Regente Farmacéutico: _____

Registro No. _____ No. de Cédula: _____.

Nombre del Representante Legal: _____ No. de Cédula: _____

Tipo de Licencia que solicita: (Marque con una X)

- Tipo A** (La importación, manejo y uso de sales puras de estupefacientes).
- Tipo B** (La importación, manejo y uso de sales puras de sicotrópicos).
- Tipo C** (La importación y manejo de productos farmacéuticos terminados con contenido de sicotrópicos y estupefacientes).
- Tipo D** (La importación y manejo de productos farmacéuticos terminados con contenido en estupefacientes y/o sustancias sicotrópicas en la Zona Libre de Colón).
- Tipo E** (La importación, manejo de sales puras y productos farmacéuticos terminados con contenido de sustancias utilizadas frecuentemente en la fabricación ilícita de sicotrópicos y estupefacientes)

Detallar Sustancias que manejan (Indicar **Nombre del Principio Activo controlado, Nombre Comercial, Concentración, Forma Farmacéutica**):

(De no tener espacio suficiente continuar al reverso):

En el caso de Materia Prima de Precursores: Declarar nombre de la sustancia que manejan, cantidades que importan durante el año, el uso que se les dará a la misma y en el caso de ser distribuidores quienes son sus compradores (Detallara al reverso **).