



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 LICENCIAS**
SOLICITUD DE LICENCIA DE OPERACIÓN DE LABORATORIOS
FABRICANTES

I. DATOS DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, _____ con cédula No. _____ residente en _____ y profesión _____ en condición de Propietario Representante Legal Apoderado del establecimiento farmacéutico denominado _____ me dirijo a usted para solicitar por INICIO RENOVACIÓN MODIFICACIÓN del Establecimiento Farmacéutico clasificado como **LABORATORIO FABRICANTE** para el año fiscal _____ Estoy Modificando lo siguiente: _____ (Especificar).
Declaro a continuación los datos del establecimiento.

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO Y DEL REGENTE

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 _____.

El establecimiento farmacéutico se dedicará a la fabricación de _____
y operará en el siguiente horario:
Lunes a viernes _____
Sábados _____
Domingos _____
Feriados _____
Lunes a Domingos y Días Feriados 24 horas

El regente farmacéutico es _____ con registro de idoneidad _____ y número de cédula _____ No. de teléfono fijo _____ con residencia actual en _____
Corregimiento _____ Distrito _____ Provincia _____
Su horario de regencia es de Lunes a Viernes de _____
Sábados de _____ Domingos de _____
Feriados de _____ Anexamos rotación de horario. SI NO
Trabaja en otra empresa denominada _____
El farmacéutico de turno es (1) Lic. _____ Idoneidad _____
En horario de Lunes a Viernes de _____
Sábados de _____ Domingos de _____
Feriados de _____
Doy fe de la información anterior.

Representante Legal/Propietario/Apoderado
Cédula _____

Regente Farmacéutico. Reg. _____
Cédula _____

Farmacéutico de Turno (1) Reg. _____
Cédula _____

OTRO SÍ: _____

Observaciones:

1. La actividad a la que se dedica la empresa debe estar amparada en la Licencia Industrial o Aviso de Operación.
2. Los farmacéuticos regentes o de turno, deben anexar las cartas de Certificación de horarios de las empresas o instituciones donde laboren y a su vez deben estar firmadas por sus jefes inmediatos.

LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA Y DECLARADA POR LOS FIRMANTES SE ENTIENDE QUE ES BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO.