



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 AUDITORIAS DE CALIDAD

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS

I. DATOS DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, _____ con cédula No. _____ en
 condición de Propietario Representante Legal Apoderado del establecimiento
 farmacéutico denominado _____
 me dirijo a usted para solicitar por Auditoria Oficial de Buenas Prácticas por:
 POR PRIMERA VEZ RENOVACIÓN MODIFICACIÓN
 para la emisión del Certificado Oficial de BPF BPA: BPCA:

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO Y DEL REGENTE

Nombre del Establecimiento: _____
 No. de Licencia de Operación _____ Vigente desde: _____ a _____
 Dirección: _____
 (Calle o Avenida, Edificio, Local)
 Provincia: _____ Distrito: _____ Corregimiento: _____
 Teléfono Fijo: _____ Correo Electrónico: _____
 Apartado Postal: _____ Fax: _____
 El establecimiento farmacéutico se dedica a: _____

Doy fe de la información anterior.

Representante Legal/Propietario/Apoderado
 Cédula _____

Regente Farmacéutico. Reg. _____
 Cédula _____

Responsable
 Cédula _____

OTRO SÍ: _____

Observaciones:

1. Anexas copia de la Licencia de Operación (excepción zona libres)
2. Adquirir la Guía de Buenas Prácticas (BPF; BPA; BPCA), según corresponda para que desarrollen la autoevaluación.
3. Copia del Último Certificado de Buenas Prácticas
4. Si es una Modificación del Certificado, anexar el certificado original vigente
5. Aportar las autorizaciones de los laboratorios fabricantes en caso de imprimir, etiquetar y/o reacondicionar.
6. La emisión del Certificado esta sujeto a la entrega del cronograma de acciones correctivas de parte de la empresa y la obtención del porcentaje requerido para su certificación.
7. Habilitar la solicitud con \$ 8.00 en timbres fiscales o franqueo

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

