Guatemala, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2,0\_\_\_\_

Licenciado(a)

Jefe del Departamento de Regulación y Control de

Productos Farmacéuticos y Afines

Por este medio lo saludo atentamente, para solicitar No. \_\_\_\_\_\_\_ formato(s) de:

Certificado de Producto Farmacéutico

Certificado de Libre Venta (Productos Afines)

\*\*NOTAS:

1. Colocar una “X” en el recuadro correspondiente
2. Se deberá realizar el pago del arancel por cada formato solicitado.
3. Se entregarán un máximo de 50 formatos en blanco

Sin otro particular,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma y Sello del Farmacéutico Responsable**