**Nombre del Profesional o Encargado:** Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**No. Colegiado:** **Teléfono:** Haga clic aquí para escribir texto.

 **Correo electrónico:** Haga clic aquí para escribir texto.

Por medio del presente formulario, autorizó a las siguientes personas para que puedan consultar, revisar y recoger documentación archivada en mi carpeta o bajo mi nombre, ante el Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre** | **No. Identificación** | **No. de Teléfono** |
| **1** | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **2** | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **3** | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **4** | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **5** | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |

Así mismo me comprometo a notificar si hubiera algún cambio dentro de la información anteriormente proporcionada.

Haga clic aquí para escribir texto.

|  |
| --- |
|  **Nombre, firma y sello de Profesional encargado** |
|  |

**Continúa Control de Cambios página 2, no es necesaria para este trámite.**