**SOLICITUD PARA LA AUTORIZACIÓN DE SISTEMAS PARA EL MANEJO DE PRODUCTOS Y SUSTANCIAS CONTROLADAS**

**Señor Director**

**Dirección Nacional de Medicamentos:**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Químico Farmacéutico Ingeniero Químico Médico Médico Veterinario

Inscrito en: JVPQF JVPM JVPMV, bajo el número\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Actuando en calidad de: Regente Propietario Profesional Responsable







De: Droguería Laboratorio Farmacia Botiquín



Clínica Importador Universidad Establecimiento Veterinario

Nombre del establecimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inscrito en la DNM bajo el número \_\_\_\_\_\_\_ o inscrito ante otra Institución (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Situado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atentamente solicito:

Autorización de apertura Revisión y Renovación Cancelación Voluntaria







Del libro o sistema de control para el Manejo de Productos y Sustancias clasificadas como:

Estupefacientes Psicotrópicos Agregados Precursores Químicos









Lo anterior con el objeto de dar cumplimiento a los arts. 12, 47 y 68 del Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos, Precursores, Sustancias y Productos Químicos y Agregados.

Santa Tecla, a los\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_.

**Sello del establecimiento Firma y sello del Regente.**

**Autorizado por la DNM. DUI:**

**Teléfono: Teléfono:**

**Correo electrónico:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***PARA USO EXCLUSIVO DE LA DNM:*** | | |
| **FECHA DE RECEPCIÓN:** | **RECIBIDO POR:** | **FIRMA:** |