**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:** |