Asunción, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_\_

**(Nombre de la Director/a Nacional):**

**Encargada de Dirección General**

**Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria**

**Presente**

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de profesión Farmacéutico / Químico Farmacéutico, N° de Registro Profesional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ regente de la firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sito en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Se dirige a usted a fin de solicitar el Registro Sanitario de:

Especialidades Farmacéuticas

Fitoterápicos

Medicamentos Biológicos

**Denominación Comercial:**

**Forma Farmacéutica:**

**Presentación:**

**Registro Sanitario N°:**

**Fecha de Vencimiento:**

**Origen: Procedencia:**

**RegistroNuevo Renovación de Registro**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Regente Responsable Representante/Apoderado Legal