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

**(Nombre de la Directora Nacional):**

***Directora General***

***Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria***

***Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social***

Presente

 El/la que suscribe.................................................................... de profesión............................................., con Nº de Registro Profesional Nº......................., regente de la Firma,........................... sito en,.........................................................................

.........................................................................

Se dirige a Usted a fin de solicitar la Renovación del Producto de:

 Especialidades Farmacéuticas

 Suplementos Dietarios

 Fitoterápicos

* **Denominación comercial:**
* **Forma Farmacéutica:**
* **Presentación:**
* **Registro Sanitario Nº:**
* **Fecha de vencimiento:**