**FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE RESPONSABLES DE FARMACOVIGILANCIA (RFV)**

**Resolución Ministerial S.G. N° 050/2016**

**Establecimiento:**

**Rubro:**

**Dirección:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **DIRECTOR TÉCNICO** | | |
| **Nombre y Apellido\*** |  | |
| **Profesión\*** |  | |
| **Línea baja (particular y laboral)\*** |  |  |
| **Celular (particular y laboral)\*** |  |  |
| **Correo (particular y laboral)\*** |  |  |

1. **Marque con una “X” si el Director Técnico ejercerá la función de RFV**

**\* Campos obligatorios.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **RFV** | | |
| **Nombre y Apellido\*** |  | |
| **Profesión\*** |  | |
| **Cargo\*** |  | |
| **Línea baja (particular y laboral)\*** |  |  |
| **Celular (particular y laboral)\*** |  |  |
| **Correo (particular y laboral)\*** |  |  |

1. **Este espacio deberá ser llenado solamente si la firma designa un responsable distinto al Director Técnico.**

**\* Campos obligatorios.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **RFV ADJUNTO** | | |
| **Nombre y Apellido\*** |  | |
| **Profesión\*** |  | |
| **Cargo\*** |  | |
| **Línea baja (particular y laboral)\*** |  |  |
| **Celular (particular y laboral)\*** |  |  |
| **Correo (particular y laboral)\*** |  |  |

**\* Campos obligatorios.**

------------------------------------------

Apoderado Legal

Firma y Sello