Asunción, ……. de …….. de ………..

La Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria, Certifica que la firma **……………………….**, cuyo Director Técnico es la **…………………………………………………,** con registro profesional Nº **……………………….,** tiene registrada los siguientes productos:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº**  | **NOMBRE COMERCIAL Y FORMA FARMACEUTICA**  | **FORMULA CUALI – CUANTI.** | **PRESENTACION** | **Nº DE REG. SANITARIO** | **VIGENCIA** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |

\* Los productos mencionados, han iniciado trámite de renovación, en el plazo dispuesto por el Decreto Nº 10.262/12, no perdiendo por lo tanto su vigencia ni su antigüedad, por lo que puede ser libremente comercializado en el territorio nacional, salvo nueva disposición en contrario de esta dependencia.

Validez: **1 Año**