Clic para escribir ciudad, seleccione fecha, mes y año

**Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria**

**Presente**

Elija El/La que suscribe, Clic para escribir: profesión, nombres y apellidos del Director/a Técnico/a o Regente con registro profesional N° Clic para escribir Reg. Prof., Elija una opción del establecimiento Clic para escribir Razón Social, se dirige a quien corresponda, a fin de solicitar la emisión de la **Constancia de implementación de** **Buenas Prácticas de Farmacovigilancia:**

|  |
| --- |
|   |

A continuación, se proporcionan los siguientes datos:

1. **Datos del establecimiento**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.1** | Razón Social | Clic para escribir |
| **1.2** | Registro de Establecimiento(R.E. N°) | Clic para escribir |
| **1.3** | Dirección | Clic para escribir |

1. **Sistema de Farmacovigilancia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.1** | Nombres y Apellidos del Responsable de Farmacovigilancia (titular) | Clic para escribir |
| **2.2** | Profesión del RFV | Clic para escribir |
| **2.3** | Correo electrónico del RFV | Clic para escribir |
| **2.4** | N° celular del RFV | Clic para escribir |

1. **Datos adicionales del Director Técnico / Regente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.1** | Correo electrónico del Regente / Director Técnico | Clic para escribir |
| **3.2** | N° celular del Regente / Director Técnico | Clic para escribir |

Firma: ………….…………………. Firma: ………..……………………….

Clic para escribir nombre y apellido Clic para escribir nombre y apellido

 **Representante Legal Director Técnico / Regente**

|  |  |
| --- | --- |
| *Codificación interna DINAVISA:* |  |