



REPUBLICA DE PANAMA  
MINISTERIO DE SALUD  
**DIRECCION NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS**  
DEPARTAMENTO DE AUDITORIAS DE CALIDAD A ESTABLECIMIENTOS  
FARMACÉUTICOS Y NO FARMACÉUTICOS  
**SECCION DE LICENCIAS DE OPERACIÓN A ESTABLECIMIENTOS**  
FARMACÉUTICOS Y NO FARMACÉUTICOS

**SOLICITUD DE LICENCIA DE OPERACIÓN DE FARMACIA**

**I. DATOS DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, \_\_\_\_\_ con cédula No. \_\_\_\_\_ residente en \_\_\_\_\_ y profesión \_\_\_\_\_ en condición de Propietario  Representante Legal  Apoderado  (MARQUE LO QUE CORRESPONDA) del establecimiento farmacéutico denominado \_\_\_\_\_ me dirijo a usted para solicitar por  INICIO  RENOVACION  MODIFICACION de la Licencia de Operación para el año fiscal \_\_\_\_\_. Estoy modificando lo siguiente: \_\_\_\_\_ (especificar) Declaro a continuación los datos del establecimiento.

**II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO Y DEL REGENTE**

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle o Avenida, edificio, local)  
Corregimiento: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
No. de Licencia de Operación expedida por la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas \_\_\_\_\_.

*El establecimiento farmacéutico se dedicará adquisición al por mayor, venta al por menor y dispensación al por menor de productos farmacéuticos mediante la presentación de prescripción médica. Además del manejo de Medicamentos sujetos a control SI  NO  y operará en el siguiente horario:*  
Lunes a Viernes \_\_\_\_\_  
Sábados \_\_\_\_\_  
Domingos \_\_\_\_\_  
Feriados \_\_\_\_\_  
Lunes a Domingos y Días Feriados 24 horas

El regente farmacéutico es \_\_\_\_\_ con registro de idoneidad \_\_\_\_\_ y número de cédula \_\_\_\_\_ No. de teléfono fijo \_\_\_\_\_ con residencia actual en \_\_\_\_\_  
Corregimiento \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Su horario de regencia es de Lunes a Viernes de \_\_\_\_\_  
Sábados de \_\_\_\_\_ Domingos de \_\_\_\_\_  
Feriados de \_\_\_\_\_ ( SI  NO  ) anexamos rotación de horario.  
Trabaja en otra empresa denominada \_\_\_\_\_  
Los farmacéuticos de turno son (1) Lic. \_\_\_\_\_ Idoneidad \_\_\_\_\_  
En horario de \_\_\_\_\_  
(2) Lic. \_\_\_\_\_ Idoneidad \_\_\_\_\_ en horario \_\_\_\_\_  
(3) Lic. \_\_\_\_\_ Idoneidad \_\_\_\_\_ en horario \_\_\_\_\_

Doy fe de la información anterior.

Representante Lega/Propietario/Apoderado Cédula _____	Regente Farmacéutico y (1) Reg. Cédula _____
Farmacéutico de Turno (2) Reg. Cédula _____	Farmacéutico de Turno (3) Reg. Cédula _____

**Observación:** Esta solicitud debe habilitarse con B/ 4.00 en timbre fiscales o franquear por el mismo valor. La licencia se renueva cada año. Ingresar solicitud un mes antes a la fecha de vencimiento de la licencia.  
Para mayor información: 512-9170