

|  |  |
| --- | --- |
| FORMULARIO PARA LAS SOLICITUDES DE MODIFICACIÓN  DEL REGISTRO SANITARIO DE MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS DE USO HUMANO | **MRMH** |

|  |  |
| --- | --- |
| ***PARA USO EXCLUSIVO DEL CECMED*** | |
| **Fecha de recepción:** | **Fecha de evaluación:** |
| **Evaluador:** | **Dictamen:** |
| **No. de entrada:** | **Fecha de entrada:** |

**Nombre del Producto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Forma Farmacéutica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Titular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fabricante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Reg No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vigente Hasta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Producto Nacional: Producto de importación:**

**Descripción de los aspectos que se modifican:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

## Relación de la documentación que se presenta:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

El solicitante del trámite de modificación DECLARA que la información anteriormente descrita es verídica y coincide exactamente con la adjuntada.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Solicitante | Responsable: | Firma: |
| Dirección y teléfono: | |

Observaciones:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_