**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

**CENTRO PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS (CECMED)**

**TRÁMITE DE SOLICITUD DE OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN**

|  |
| --- |
| **PARA USO EXCLUSIVO DEL CECMED** |
| **Número de entrada:** | **Fecha de recepción de la solicitud:**(aaaa-mm-dd) |  Presentada por el cliente Recibida por correo ordinario o mensajería |
| **Evaluación Preliminar** |
| **Realizada por:** | **Fecha:**(aaaa-mm-dd) | **Firma:** |
| **Decisión** | **Notificada a** | **Fecha** |
| Aceptación |  | (aaaa-mm-dd) |
| Solicitud de información adicional |  | (aaaa-mm-dd) |
| Rechazo |  | (aaaa-mm-dd) |

|  |
| --- |
| **PARA USO DEL SOLICITANTE** |
| **Titular del Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación** |
| **Nombre:** |
| **Calle:** | **Número:** | **Apartamento:** |
| **Entrecalles:** |
| **Reparto:** | **Localidad / Estado:** | **País:** |
| **Teléfono(s):** | **Fax:** | **Correo electrónico:** |
| **Persona de contacto para el trámite** |
| **Nombre(s) y apellido(s):** |
| **Calle:** | **Número:** | **Apartamento:** |
| **Entrecalles:** |
| **Reparto:** | **Localidad / Estado:** | **País:** |
| **Teléfono(s):** | **Fax:** | **Correo electrónico:** |

|  |
| --- |
| **Paso(s) del proceso de fabricación para el que se solicita el Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación:** |
| **ADJUNTO:** Expediente Maestro de la Organización SI NO  |

El solicitante del Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación **DECLARA** que la información anteriormente descrita es verídica y coincide exactamente con la documentación que se adjunta.

**Fecha de la solicitud:** (aaaa-mm-dd)

**Firma del solicitante:**