**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:**