

Managua, _____ de _____ del 2021

Licenciada

Karla Delgado Martínez

Directora de Farmacia

Ministerio de Salud

Sus manos

Estimada Lic. Delgado:

A través de la presente me dirijo a usted para solicitarle emisión de Orden de pago por **DERECHO DE ANALISIS PARA PRIMERA IMPORTACIÓN DEL PRODUCTO O DERECHO DE ANALISIS CAMBIO POSTERIOR AL REGISTRO** del **SUPLEMENTO NUTRICIONAL, SUPLEMENTO DIETÉTICO, SUPLEMENTO NUTRITIVO, COMPLEMENTO ALIMENTICIO Y SUPLEMENTO VITAMÍNICO SEGÚN APLIQUE:**

Nombre Comercial:

Concentración:

Forma Farmacéutica:

N° de Registro Sanitario:

Nombre de los laboratorios que intervienen/país:

Nota: Emitir orden de pago a favor del Laboratorio Fabricante o Representante Legal y N° RUC

Sin otro particular, me suscribo de usted
Atentamente,

Nombre, Firma, Código y sello del Profesional Farmacéutico
Responsable del trámite según poder (Acuse de Recibo)