

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 FISCAL DE REGISTRO DE PRODUCTO O DERECHO FISCAL DE RENOVACIÓN DE REGISTRO DE PRODUCTO**, del **SUPLEMENTO NUTRICIONAL, SUPLEMENTO DIETÉTICO, SUPLEMENTO NUTRITIVO, COMPLEMENTO ALIMENTICIO Y SUPLEMENTO VITAMÍNICO SEGÚN APLIQUE:**

Nombre Comercial:

Concentración:

Forma Farmacéutica:

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)