



Gobierno de Reconciliación
Y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!



FORMATO DE INFORME MENSUAL DE
IMPORTADORES/DISTRIBUIDORES Y COMERCIALIZADOR DE SOLVENTES
DIVERSOS QUE CONTIENEN SUSTANCIAS QUÍMICAS PRECURSORAS

Nombre de la Empresa: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Nombre del Representante: _____

Mes: _____ Fecha de corte: _____

Nombre del Producto y concentración	Nombre de la Sustancia	Presentación	Fabricante	País de Origen	Existencia Anterior	Unidad de medida	Ingreso	Egreso	Existencia Actual

Firma del Representante
Sello del Establecimiento

Firma del Regente

Nota:

El informe deberá presentarse en la Dirección de Farmacia, los primeros diez días de cada mes, en horario de atención de Lunes a Viernes de 8:00a.m. a 12:00m. Dicho informe se elaborará en papel membretado de la empresa, al mismo deberá adjuntar fotocopia de factura que soporte el ingreso y el egreso del producto.



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!

MINISTERIO DE SALUD

DIVISIÓN DE FARMACIA

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado Oeste Colonia
Primero de Mayo. Managua, Nicaragua Telf.: 2289-4700 Ext. 1005 Telefax: 2289-4401
Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni Email: div-far@minsa.gob.ni,
farmaciadir@minsa.gob.ni