## ANEXO VIII

AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)

DIRECCIÓN DE FARMACIA

|  |
| --- |
| **FORMATO OFICIAL DE PRESENTACIÓN DE INFORME TRIMESTRAL DE EXISTENCIAS PARA MUESTRAS MÉDICAS** |
| **Razón social y Nombre Comercial del establecimiento:** | **Meses de Reporte:** Elija un elemento. |
| **Fecha de Corte del informe:** Seleccione fecha. |
| **Licencia Sanitaria de Funcionamiento N°:** | **Tipo de autorización:** Elija un elemento. |
| **Dirección del establecimiento:** |
| **CONTROL DE EXISTENCIAS** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº Registro del Producto** | **Nombre Comercial Producto** | **Nombre Genérico** | **Presentación** | **Titular del Producto** | **Existencia Anterior** | **Ingreso** | **Egreso** | **Existencia Actual** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **OBSERVACIONES ADICIONALES:**  |