## **SOLICITUD PARA MODIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL CUADRO NACIONAL DE MEDICAMENTOS BÁSICOS**

Oficio Nro. Secuencial de la entidad solicitante

Ciudad, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

Señor (a) Doctor(a).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Director(a) Ejecutivo(a)**

**CONSEJO NACIONAL DE SALUD**

Presente. -

De mi consideración:

En mi calidad de máxima autoridad de (*nombre del establecimiento de salud / programa, proyecto o estrategia del MSP)* perteneciente a (nombre de la institución del Sistema Nacional de Salud) interesado en solicitar modificar la información del medicamento (*nombre del principio activo, concentración, forma farmacéutica, vía de administración*) que consta en CNMB, declaro:

1. Realizar la presente solicitud en forma independiente, sin conexión con la industria farmacéutica, con base en las necesidades institucionales y contando con el aval de técnico – científico del Comité Farmacoterapéutico del establecimiento de salud y/o el comité multidisciplinario nacional para el caso de los programas, proyectos o estrategias del MSP.
2. Conocer los lineamientos, la información, los términos que constan y son utilizados en el Manual de Procedimientos de la CONAMEI y el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos.
3. Aceptar que la Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos – CONAMEI, se reserve el derecho de aceptar o rechazar la presente solicitud luego del análisis técnico – científico correspondiente.
4. Renunciar a todo reclamo legal relacionado con la inclusión o exclusión en el CNMB, del medicamento solicitado.
5. Garantizar la veracidad de la información presentada en los anexos adjuntos.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:

Cargo:

Email:

Teléfono de contacto:

**Nota:** Documento puede ser firmado electrónicamente, el mismo que debe ser incluido en el archivo digital.