Buen Día.

Estimados Todos, Reciban un Cordial Saludo

El presente tiene como objetivo, realizarles el siguiente recordatorio mencionando los requisitos indispensables que deben enviar a Laboratorios SNC PHARMA , C.A. para poder Tramitar y despachar productos Psicotrópicos, basados en las exigencias por parte del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), a fin de evitar devoluciones por parte de la autoridad sanitaria y futuros inconvenientes que pudieran presentarse.

**1.      Solicitud o Carta (ORIGINAL) con membrete emitida por él (la) Regente** de la Droguería, Institución, Farmacia o Droguería Hospitalaria, debidamente firmada y sellada, dirigida **al Farmacéutico Regente de Laboratorios SNC PHARMA , C.A. Dra. Aida Melicia Alvarado** detallando las unidades a solicitar por presentación.

Es muy importante que nuestros productos estén escritos correctamente con la  marca comercial, concentración del principio activo y cantidad en unidades de acuerdo a lo declarado en el estuche, ya que por algún error de transcripción o repetir un renglón, el MPPS devolverá los documentos**. El MPPS no acepta la colocación del nombre genérico si el producto solicitado por ustedes, es de marca.**

Basado en esto anexo listado de los productos psicotrópicos comercializados por nuestra empresa Laboratorios SNC PHARMA y **cómo deben estar especificados en la carta de Solicitud:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO** | **CANTIDAD POR UNIDAD** **(ESTUCHES)** | **TOTAL UNIDADES POSOLOGICAS (TABLETAS)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Las Solicitudes realizadas por los Regentes de farmacias y/o droguerías, deben tener el nombre de la farmacia, **tal cual como lo declara el Permiso de Instalación y Funcionamiento**. Si se diferencia por una palabra, **los documentos serán devueltos.**

**2.      Copia del Permiso de Instalación y Funcionamiento del ente solicitante.**

En este punto debemos resaltar que **deben enviar el permiso de Instalación y Funcionamiento** **dirigido al Regente de la farmacia y/o droguería**, que en su momento realizó el trámite **y No el oficio dirigido por parte del Ministerio al Director Regional.** Es de hacer notar que el documento debe declarar ambas palabras, **“Instalación” y “Funcionamiento”.**

**3.** Copia de la relación de Psicotrópicos actualizada y sellada por el MPPS **(del mes anterior a la solicitud).**

**4.** Copia de la Cédula de Identidad del Regente del ente solicitante.

**5.** Orden de compra solo que involucre **PSICOTRÓPICOS**

**Todas las copias enviadas por los clientes deben ser totalmente nítidas y legibles.**

Por lo que agradezco revisar muy bien todos los recaudos antes de enviarlos.

Sin más nada que decir, y atenta para aclarar cualquier duda, me despido de ustedes.

REGULATORIO MPPS

**CARTA DE SOLICITUD DE PSICOTRÓPICOS**

**EJEMPLO**

**LOGO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_

Señores

**SNC PHARMA, C.A. C/R 504**

Atención: **Dra. Aida Melicia Alvarado A.**

A fin de dar cumplimiento al artículo 59 de la Ley Orgánica de Drogas; le solicito tramitar ante el Ministerio del Poder Popular para la Salud, el permiso correspondiente, para despachar a la DROGUERÍA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, situada en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Regentada por la Dra(r)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**M.P.P.S.** No COLFAR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IMPREFAR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_los siguientes productos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRODUCTO** | **CANTIDAD DE LA PRESENTACIÓN** | **UNIDAD POSOLÓGICA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ORDEN DE COMPRA**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DEL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le agradezco además, mencionar en la factura correspondiente, el número y fecha del permiso del **M.P.P.S.**

Atentamente,

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

C.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

M.P.P.S.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COLFAR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / INPREFAR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SELLO**