



DIRECCIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Formulario de Solicitud de Creación de Usuario y contraseña para Portal de trámites de visado de medicamentos registrados.

Nombre de la Empresa:	Fecha:
Correo electrónico:	Teléfono:
NIT:	Fax:
Dirección:	Número de inscripción del establecimiento farmacéutico ante la DNM:
Nombre del representante legal:	

Datos de persona responsable del servicio WEB	
Nombre:	Teléfono:
DUI:	Fax:
Correo electrónico:	NIT:
Dirección:	

Nombre Firma de usuario y sello de Establecimiento

Farmacéutico Autorizado
