

Notificación de Medicamento o Producto Médico Presuntamente Ilegítimo

Una vez completado el presente formulario, debe ser remitido vía correo electrónico a **pesquisa@anmat.gov.ar**.

1.0 Fecha: _____

1.1 Nombre Completo: _____

1.2 Email: _____

1.3 Teléfono: _____ Celular: _____

1.4 Marcar lo que corresponde

Ciudadano: Profesional de Salud: Organismo:

1.5 Marcar lo que corresponde

Medicamento: Producto Médico:

Producto Motivo de la Notificación

1.6 Nombre comercial: _____

1.7 Laboratorio: _____

1.8 Presentación: _____

1.9 Numero de Lote: _____

1.10 Fecha de Vencimiento: _____

1.11 GTIN y Serie (en caso que corresponda): _____

1.12 Motivo de la Notificación: _____

1.13 Lugar de compra del Producto Medico / Medicamento: _____
