**Número de ente proveedor:**      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL ENTE PROVEEDOR:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del ente proveedor:** |       |
| **Número de identificación (personal o jurídica):** |       |
| **Tipo de organización:** |       |
| **Actividad principal:** |       |
| **Dirección:** |       |
| **Teléfono:** |       |
| **Correo electrónico:** |       |
| **Apartado postal:** |       |
| **Misión de la organización:** |       |
| **Objetivo de educación continua de la organización:** |       |
| **Tipo de experiencia en actividades de Educación Continua (puede marcar varias):** | [ ]  Organización [ ]  Patrocinio [ ]  Gestión [ ]  Docencia [ ]  Otros. Especifique:       |
| **Referencias de las dos últimas actividades de educación continua:** |
| **Nombre de la actividad (1):** |       |
| **Publico meta:** |       |
| **Fecha:** |       |
| **Lugar:** |       |
| **Cantidad de participantes:** |       |
| **Duración:** |       |
| **Nombre de la actividad (2):** |       |
| **Publico meta:** |       |
| **Fecha:** |       |
| **Lugar:** |       |
| **Cantidad de participantes:** |       |
| **Duración:** |       |
|  |
| **Dispone de un local fijo para realizar las actividades de educación continua:** | [ ]  Sí [ ]  No |
| **Ubicación (Provincia, cantón, distrito, dirección exacta):** |       |
| **Capacidad (cantidad de personas):** |       |

\*EFC = Educación Farmacéutica Continua.

**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE ANTE LA COMISIÓN:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |       |
| **Número de identificación:** |       |
| **Profesión:** |       |
| **Cargo en la organización:** |       |
| **Dirección:** |       |
| **Teléfono de oficina:** |       |
| **Teléfono celular:** |       |
| **Correo electrónico:** |       |
| **Firma:** |  |

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN DE RECERTIFICACIÓN FARMACÉUTICA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Decisión de la CRF:** | [ ]  Aprobada [ ]  Devuelta [ ]  Rechazada |
| **Observaciones:** |       |
| **Número de acreditación:** |       |
| **Sesión:** |       |
| **Acuerdo:** |       |
| **Fecha:** |       |
| **Vigente hasta (DD/MM/AA):** |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma coordinador(a)** | **Firma secretaria(o)** | **Sello:** |