**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:** |