(MEMBRETE DEL EFECTOR PERIFÉRICO)

Dra. Rosa María Papale

Jefa del Departamento de Famacovigilancia y Gestión de Riesgo de la ANMAT

S…………./…………..D

Nos dirigimos a Ud. a fin de actualizar ante vuestro Departamento la información de (NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN) ………………………………………..…………………………………………….. como Efector Periférico del Sistema Nacional de Farmacovigilancia (SNFVG).

Por la presente además declaramos que desde la última actualización de información, llevada a cabo en (AÑO DE ÜLTIMO ENVÍO DE INFORMACIÓN DE CONTACTO AL SNFVG) se han realizado las siguientes modificaciones: (completar en caso de corresponder): ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Lugar de suscripción de la presente nota: ……………………………………………….….…………………..

Fecha de suscripción de la presente nota: ………………………………………………..………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Firma y aclaración de la máxima autoridad de la Institución

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Firma y aclaración del Responsable de Farmacovigilancia del Efector Periférico

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Firma y aclaración del Responsable de Farmacovigilancia Suplente del Efector Periférico (en caso de corresponder)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Firma y aclaración de otra persona de contacto del Efector Periférico (en caso de corresponder)