

**Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación**  
**Certificate of Good Manufacturing Practices**

**Este certificado se extendió conforme al formato recomendado por la Organización Mundial de la Salud**

**This certificate was extended according to the format recommended by World Health Organization**

Certificate N° (N° de Certificado):

En base a la inspección realizada en certificamos que la planta indicada en este certificado cumple con las Buenas Prácticas de Fabricación para los productos listados en la Tabla 1.

On the basis of the inspection carried out on We certify that the site indicated on this certificate complies with Good Manufacturing Practices for the dosage forms, Categories and activities listed in the table 1.

1. Nombre y dirección de la planta:

República Argentina

**Name and address of the site:**

廠名 + 廠址

2. N° de Habilitación del establecimiento:

Disposición

Manufacturer's license number

Disposition

3. Table 1

1.	<p>ingredientes</p> <p>品項</p>	-	Ingrediente	Síntesis, purificación y acondicionamiento. Synthesis, purification and packaging
----	-------------------------------	---	-------------	--

La responsabilidad por la calidad de cada lote individual de producto, fabricado a través de este proceso es del fabricante.



Ministerio de  
**Salud**  
Presidencia de la Nación

responsibility for the quality of the individual batches of the pharmaceutical products manufactured through this process lies with the manufacturer.

Este Certificado es válido por: 12 Meses. El Certificado será inválido si las categorías o actividades cambian o si se considera que la planta no cumple con GMP.

This certificate remains valid until Twelve Months. It becomes invalid if the activities and /or categories certified herewith are changed or if the site is no longer considered to be in compliance with GMP.

Dirección de la autoridad que certifica:  
Address of Certifying Authority:

**INAME (Instituto Nacional de Medicamentos).-**  
**National Institute of Drugs**  
**avenida Caseros 2161**  
**Ciudad Autónoma de Buenos Aires - República Argentina.-**

Número Telefónico:  
Telephone number: \_\_\_\_\_

Válido por doce meses  
Valid for ~~twelve~~ months

Fecha:  
Date: 20 ABR 2015

ID de Trámite:  
ID of Proceeding: \_\_\_\_\_

*Handwritten mark*