

Fecha:

I. DATOS DEL CLIENTE

1	CLIENTE/EMPRESA	
2	CONTACTO	
3	TELÉFONO	
4	e-MAIL	

II. DATOS DEL PROYECTO

1	LINEA DEL PRODUCTO	
2	NOMBRE DEL PRODUCTO	
3	MARCA	
4	CONTENIDO/ PRESENTACIONES	
5	EXISTE FÓRMULA (Si/No)	
6	SE DESARROLLARÁ DOSSIER REGULATORIO (Si/No)	
7	CATEGORÍA/FORMA FARMACEÚTICA	
8	MERCADO OBJETIVO	
9	PVP	
10	UNIDADES ESTIMADAS ANUALES	
11	ENTREGA PROTOTIPO/CONTRATIPO (Si/No)	

III. DESEA MANTENER UNA REUNIÓN CON NUESTRO ASESOR INTERNO

Por favor seleccione la opción de su preferencia

Día de preferencia para llevar a cabo una reunión	L	M	M	J	V	Hora:	Mañana	Tarde

Comentario o sugerencia:

Gracias por su tiempo, procesaremos su información de manera inmediata.