

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Productos Cosméticos

SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DEL REPRESENTANTE NACIONAL DEL PRODUCTO REPELENTE DE INSECTOS DE USO TÓPICO NACIONAL O IMPORTADO

(Utilice la tecla TAB para cambiar de un campo a otro en todo el Formulario)

01. TIPO DE MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/> CAMBIO DEL REPRESENTANTE NACIONAL (PRODUCTO NACIONAL) <input type="checkbox"/> CAMBIO DEL REPRESENTANTE NACIONAL (PRODUCTO IMPORTADO) <input type="checkbox"/> INCLUSION DE REPRESENTANTE NACIONAL (PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO) <input type="checkbox"/> EXCLUSION DE REPRESENTANTE NACIONAL (PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO)	FECHA DE SOLICITUD 02. DÍA 03. MES 04. AÑO	05. N° DE SOLICITUD
---	---	---------------------

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

06. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO _____	07. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO
08. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO _____	FECHA DE REGISTRO SANITARIO 09. DÍA 10. MES 11. AÑO
12. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO <input type="checkbox"/> JURIDICO <input type="checkbox"/> NATURAL	13. N° DE REGISTRO SANITARIO _____

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

14. APELLIDOS	15. NOMBRES	16. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	17. N° DE MATRICULA DEL MPPS _____
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
18. ESTADO	19. MUNICIPIO	20. CIUDAD	
DIRECCIÓN			
21. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	22. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA	23. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	
24. PISO/PLANTA/LOCAL	25. CÓDIGO POSTAL	26. PUNTO DE REFERENCIA	
27. N° DE TELÉFONO	28. N° DE CELULAR	29. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	30. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN (Cambio del Representante del Registro Sanitario)

31. TIPO DE PERSONA <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/> NATURAL	32. N° DE REGISTRO SANITARIO _____		
33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA _____	34. N° DE RIF/C.I. _____	35. N° DE NIT _____	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
36. ESTADO	37. MUNICIPIO	38. CIUDAD	
DIRECCIÓN			
39. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	40. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	41. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
42. PISO/PLANTA/LOCAL	43. CÓDIGO POSTAL	44. PUNTO DE REFERENCIA	
45. N° DE TELÉFONO	46. N° DE FAX	47. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	48. DIRECCION DE PAGINA WEB



DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____, portador de la Cédula de Identidad N° _____, actuando en mi carácter de Solicitante, ante el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria, declaro bajo juramento corresponsablemente con la Empresa que:

1. El contenido total de la información es absolutamente cierto y veraz.
2. La Empresa a la que represento prestará todas las facilidades que solicite el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

FIRMA DEL (LA) FARMACEUTICO(A) PATROCINANTE

D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

49. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	50. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	--

F.14-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022

