

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

## SOLICITUD DE CAMBIO DE FARMACÉUTICO PATROCINANTE DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TÓPICO NACIONAL O IMPORTADO

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

FECHA DE SOLICITUD			04. N° DE SOLICITUD
01. DÍA	02. MES	03. AÑO	

### A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

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

### B.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN (Farmacéutico Patrocinante)

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

### C.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

30. FARMACÉUTICO RESPONSABLE		31. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE	

F.16-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022

