

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

**SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE EMPRESA FABRICANTE 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)

01. TIPO DE MODIFICACIÓN		FECHA DE SOLICITUD			05. N° DE SOLICITUD
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE LA EMPRESA FABRICANTE	<input type="checkbox"/> INCLUSION DE LA EMPRESA FABRICANTE	02. DÍA	03. MES	04. AÑO	
<input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA	<input type="checkbox"/> OTROS: _____				

**A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO**

06. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO										07. ORIGEN DEL PRODUCTO					
										<input type="checkbox"/> NACIONAL	<input type="checkbox"/> IMPORTADO	<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										13. N° DE REGISTRO SANITARIO					

**B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO**

14. APELLIDOS			15. NOMBRES			16. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD			17. N° DE MATRICULA DEL MPPS		
						<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -					
UBICACIÓN GEOGRAFICA											
18. ESTADO			19. MUNICIPIO			20. CIUDAD					
DIRECCIÓN											
21. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				22. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA				23. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON			
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**

31. EMPRESA DEL PRODUCTO A EXCLUIR	
32. N° DE RIF	33. N° DE NIT

**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)**

34. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	35. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	--

F.18-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022

