

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

SOLICITUD DE DESCONTINUACIÓN DE UN 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)

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

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	06. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO
07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	FECHA DE REGISTRO SANITARIO 08. DÍA 09. MES 10. AÑO
11. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	12. N° DE REGISTRO SANITARIO <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

13. APELLIDOS <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	14. NOMBRES <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	16. N° DE MATRÍCULA DEL MPPS <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
17. ESTADO <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	18. MUNICIPIO <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	19. CIUDAD <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
DIRECCIÓN			
20. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	21. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	22. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
23. PISO/PLANTA/LOCAL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	24. CÓDIGO POSTAL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	25. PUNTO DE REFERENCIA <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
26. N° DE TELÉFONO <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	27. N° DE CELULAR <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	28. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	29. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>

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 <input style="width: 100%; height: 100%; border: none;" type="text"/>	31. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE <input style="width: 100%; height: 100%; border: none;" type="text"/>
---	---

F.32-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022



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

