

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

SOLICITUD DE AGOTAMIENTO DE EXISTENCIA DE PRODUCTOS 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.	02. MES	03. AÑO	

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

05. NÚMERO 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. DIA	09. MES	10. AÑO	
11. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO															12. N° DE REGISTRO SANITARIO			

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

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							
DIRECCIÓN															
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							

C.- AGOTAMIENTO DE EXISTENCIA

30. AGOTAMIENTO DE EXISTENCIA (Indicando Cantidad, lote)



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

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)

31. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	32. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	------------------------------------------------

F.34-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022

