

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

SOLICITUD DE REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO COSMÉTICO ARTESANAL

(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 COSMETICO ARTESANAL

05. NOMBRE DEL PRODUCTO - DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO		06. NOMBRE DE LA MARCA	
07. NOMBRE DE LA VARIEDAD	08. CONTENIDO NETO	09 FABRICANTE	10. DISTRIBUIDOR

B.- DATOS DEL PRODUCTOR O FABRICANTE DEL PRODUCTO COSMÉTICO ARTESANAL

11. TIPO DE PERSONA <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/> NATURAL		12 N° DE PERMISO SANIATARIO DE PRODUCTOR ARTESANAL	
13. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		14. N° DE RIF	15. N° DE C.I
UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL PRODUCTOR DE PRODUCTO COSMETICO ARTESANAL			
16. ESTADO		17. MUNICIPIO	18. CIUDAD
DIRECCIÓN			
19. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		20. AVENIDA / CARRERA/CALLE/ESQUINA	
21. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		22. PISO/PLANTA/LOCAL	
23. CÓDIGO POSTAL	24. PUNTO DE REFERENCIA		
25 N° DE TELÉFONO	26. N° DE FAX	27. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

C.- DATOS DEL (DE LOS) DISTRIBUIDOR(ES) DEL PRODUCTO

28. RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA			29. N° DE RIF
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
30. ESTADO	31. MUNICIPIO		32. CIUDAD
DIRECCIÓN			
33 URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	34. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		35 EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN
36. PISO/PLANTA/LOCAL	37. CÓDIGO POSTAL	38. PUNTO DE REFERENCIA	39. N° DE TELÉFONO
40. N° DE FAX	41 DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		42 DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

D.- DATOS DEL SOLICITANTE

43. APELLIDOS		44. NOMBRES		45. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD	
				<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> E
UBICACIÓN GEOGRÁFICA					
46. ESTADO		47. MUNICIPIO		48 CIUDAD	
49. N° DE TELÉFONO		50. N° DE CELULAR		51 DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO	

E.- FORMULA CUALI-CUANTITATIVA DEL PRODUCTO COSMÉTICO ARTESANAL

52. COMPOSICION		53. CONCENTRACION	

F.- TIEMPO DE CONSERVACION DEL PRODUCTO

FECHA DE ELABORACION			FECHA DE VENCIMIENTO			60. OBSERVACIÓN
54. DIA	55. MES	56 AÑO	57. DIA	58. MES	59. AÑO	

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ portador de la Cédula de identidad N° _____, actuando en mi carácter de solicitante, declaro bajo juramento 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.

Por todo ello mediante mi persona la empresa asume que la autoridad máxima de Contraloría Sanitaria podrá iniciar las acciones administrativas, además de solicitar el inicio de las acciones civiles y/o penales que correspondan.

FIRMA DEL SOLICITANTE

G.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

61. REGISTRO SANITARIO N°																				
62. OBSERVACIONES																				

F.37-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022

