

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

## SOLICITUD DE CAMBIO DE DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO COSMÉTICO 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 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.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

30. NUEVA DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO
-------------------------------------

### 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 FARMACEUTICO PATROCINANTE

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

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

F.07-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022