

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE ARTE DEL 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)

| | | | | |
|---|--------------------|---------|---------|---------------------|
| 01. TIPO DE MODIFICACIÓN: CAMBIO DE ARTES DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> Envase <input type="checkbox"/> Estuche <input type="checkbox"/> Folleto Cuando Corresponda <input type="checkbox"/> Todos | FECHA DE SOLICITUD | | | 05. N° DE SOLICITUD |
| | 02. DÍA | 03. MES | 04. AÑO | |

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

| | | | |
|------------------------------------|---|--|-------------------------------|
| 06. NÚMERO 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 <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E - | 17. N° DE MATRICULA DEL MPPS |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA | | | |
| 18. ESTADO | 19. MUNICIPIO | 20. CIUDAD | |
| DIRECCIÓN | | | |
| 21. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL | 22. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA | 23. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN | |
| 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.- ESPECIFICACION DEL CAMBIO EN EL ARTE

| 31. DESCRIBA BREVEMENTE (Leyenda o frases, Logos, entre otros) | 32. ANTES | 33. AHORA |
|--|-----------|-----------|
| ARTE DE ENVASE | | |
| ESTUCHE | | |
| FOTLLETO | | |

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) FARMACÉUTICO (A PATROCINANTE)

D PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

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

F.10-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022