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

SOLICITUD DE CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (FABRICANTE, IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA) 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	FECHA DE SOLICITUD			05. N° DE SOLICITUD
☐ CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE IMPORTADORA ☐ CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE DISTRIBUIDORA ☐ CAMBIO DE RAZON DEL FABRICANTE	02. DÍA	03. MES	04. AÑO	

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

06. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	07. ORIGEN DEL PRODUCTO
	☐ NACIONAL ☐ IMPORTADO ☐ NACIONAL E IMPORTADO

08. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO	FECHA DE REGISTRO SANITARIO		
	09. DIA	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	17. N° DE MATRICULA DEL MPPS
		☐ V ☐ E -	

UBICACIÓN GEOGRÁFICA		
18. ESTADO	19. MUNICIPIO	20. CIUDAD

DIRECCION		
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.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

31. RAZÓN SOCIAL ACTUAL DEL DISTRIBUIDOR, PROPIETARIO Y/O FABRICANTE DEL PRODUCTO	32. NUEVA RAZÓN SOCIAL DEL DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO	
	33. N° DE RIF	34. N° DE NIT

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____, portador de la Cédula de Identidad Nº_____, actuando en mi carácter de Solicitante, ante el Servicio Autonomo 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)

35. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	36. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE

F.12-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022

Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria
Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, MPPS, Piso 3, El Silencio, Caracas-Venezuela
Telf: (0212)408 05 01 al 05. http://www.sacs.gob.ve/

¡Juntos por cada latido!