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

SOLICITUD DE CAMBIO DE FARMACÉUTICO PATROCINANTE DE PRODUCTOS REPELENTES 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. DÍA	02. MES	03. AÑO	

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	06. ORIGEN DEL PRODUCTO
	☐ NACIONAL ☐ IMPORTADO ☐ 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 DE LA MODIFICACIÓN (Farmacéutico Patrocinante)

13. APELLIDOS	14. NOMBRES	15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD	16. N° DE MATRICULA DEL MPPS
		☐ V ☐ E -	

UBICACION GEOGRAFICA		
17. ESTADO	18. MUNICIPIO	19. CIUDAD

DIRECCION		
20. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	21. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA	22. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN

23. PISO/PLANTA/LOCAL	24. CODIGO POSTAL	25. PUNTO DE REFERENCIA

26. N° DE TELÉFONO	27. N° DE CELULAR	28. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	29. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

DECLARACIÓN JURADA

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

C.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

30. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	31. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE

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!