

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

SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE VARIEDADES 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 <input type="checkbox"/> CAMBIO DE VARIEDADES (COLOR, OLOR Y SABOR) <input type="checkbox"/> INCLUSION DE VARIEDADES (COLOR, OLOR Y SABOR) <input type="checkbox"/> EXCLUSION DE VARIEDADES (COLOR, OLOR Y SABOR)	FECHA DE SOLICITUD 02. DÍA 03. MES 04. AÑO	05. N.º DE SOLICITUD
--	--	-----------------------------

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

06. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO (18 dígitos)	07. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO		
08. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO (50 dígitos)		FECHA DE REGISTRO SANITARIO 09. DÍA 10. MES 11. AÑO	
12. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO (50 dígitos)		13. N.º DE REGISTRO SANITARIO (18 dígitos)	

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

14. APELLIDOS	15. NOMBRES	16. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	17. N.º DE MATRÍCULA DEL MPPS
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
18. ESTADO	19. MUNICIPIO	20. CIUDAD	
DIRECCIÓN			
21. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		22. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA	
24. PISO/PLANTA/LOCAL		25. CÓDIGO POSTAL	
27. N.º DE TELÉFONO		28. N.º DE CELULAR	
29. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		30. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	

C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

31. VARIEDAD: <input type="checkbox"/> COLOR <input type="checkbox"/> OLOR <input type="checkbox"/> SABOR	32. SUBCLASE DE LA VARIEDAD		33. CANTIDAD DE VARIEDADES
34.-NOMBRE DE LA VARIEDAD A INCLUIR (50 dígitos)			
(50 dígitos)			
(50 dígitos)			
(50 dígitos)			
(50 dígitos)			

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 corresponablemente 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.24-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022