



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

49. PAÍS	50. CIUDAD	51. DIRECCIÓN
----------	------------	---------------

### 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) FARMACEUTICO(A) PATROCINANTE**

**F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)**

52. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	53. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	--

F.29-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022

