

Dirección de Inocuidad de Alimentos y Bebidas
División de Edificaciones, Equipos y Envases

SOLICITUD DE CAMBIOS EN REGISTRO SANITARIO

(Utilice la tecla TAB para cambiar de un campo a otro en todo el formulario)

A.- DATOS DE LA SOLICITUD

| 01. TIPO DE CAMBIO EN REGISTRO SANITARIO | | | | |
|--|-----|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE DENOMINACIÓN <input type="checkbox"/> CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL | | | <input type="checkbox"/> EXTENSIÓN DE USO DE ENVASES, EMPAQUES Y/O ARTÍCULOS DESTINADOS A ESTAR EN CONTACTO CON ALIMENTOS. | |
| 02. FECHA DE SOLICITUD | | 03. NÚMERO DE SOLICITUD (uso Interno) | 04. TIPO DE PRODUCTO | 05. ORIGEN DEL PRODUCTO |
| DÍA | MES | AÑO | | <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO |
| | | | | |

B.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

| 06. N° REGISTRO SANITARIO | 07. FECHA DEL REGISTRO | 08. DESCRIPCIÓN DE PRODUCTO | |
|----------------------------|------------------------|-----------------------------|--|
| | | | |
| 09. DENOMINACIÓN COMERCIAL | | 10. USOS | |
| | | | |
| 11. COMPONENTE(S) | | | |
| | | | |

C.- DATOS DE LA EMPRESA FABRICANTE O IMPORTADORA NACIONAL

| 12. RAZÓN SOCIAL | 13. OBJETO DE LA RAZÓN SOCIAL | 14. N° DE RIF |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------|
| | | |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA | | |
| 15. ESTADO | 16. CIUDAD | |
| | | |
| 17. MUNICIPIO | 18. AVENIDA/CALLE | |
| | | |
| 19. EDIFICIO/CASA/QUINTA/GALPÓN | 20. PISO/PLANTA/LOCAL | |
| | | |
| 21. TELÉFONO | 22. FAX | 23. E-MAIL |
| | | |

D.- DATOS DE LA EMPRESA FABRICANTE – PAÍS DE ORIGEN (Solo para Productos Importados)

| 24. RAZÓN SOCIAL | 25. OBJETO DE LA RAZÓN SOCIAL |
|----------------------|-------------------------------|
| | |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA | |
| 26. PAIS | 27. CIUDAD |
| | |

Dirección de Inocuidad de Alimentos y Bebidas
División de Edificaciones, Equipos y Envases

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ portador de la Cédula de identidad N° _____, por medio de este documento declaro, bajo fe de juramento, que la información suministrada es verdadera, por lo que en caso de demostrarse que alguno de los datos es falso, quedo sometido(a) a las disposiciones legales y reglamentarias que rigen la materia.

FIRMA DEL (LA) SOLICITANTE

H.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

| 48. RECIBIDO POR | 49. REVISADO Y EVALUADO POR |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| FIRMA: _____ FECHA: ___/___/_____ | FIRMA: _____ FECHA: ___/___/_____ |

F.03-IAB-EEE-OPP- JULIO 2022