SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTO REPELENTE DE INSECTO 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. N° DE NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA (N.S.O.)		06. ORIGEN DEL PRODUCTO ☐ NACIONAL ☐ IMPORTADO ☐ NACIONAL E IMPORTADO	
07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO		FECHA DEL REGISTRO SANITARIO	
		08. DIA	09. MES / 10. AÑO
11. TITULAR DE LA NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA		12. N° DE REGISTRO SANITARIO	

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

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

F.04-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022