

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

**SOLICITUD DE CAMBIO DE DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO COSMÉTICO 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. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO												06. ORIGEN DEL PRODUCTO														
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																								<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> 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																	
									<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																	

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

13. APELLIDOS		14. NOMBRES		15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD		16. N° DE MATRICULA DEL MPPS													
				<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													
UBICACIÓN GEOGRÁFICA																			
17. ESTADO		18. MUNICIPIO				19. CIUDAD													
DIRECCIÓN																			
20 URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			21. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA			22. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON													
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												

C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

30. NUEVA DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO									

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 FARMACEUTICO PATROCINANTE

D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

31. FARMACÉUTICO RESPONSABLE		32. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE	

F.07-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022

