

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE DENOMINACIÓN 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)

| | | | |
|--------------------|---------|---------|---------------------|
| 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 | | | | | |
| | | | | | | | | | | <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 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

| | | | |
|---|-------------|---|------------------------------|
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA | | | |
| 13. APELLIDOS | 14. NOMBRES | 15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD | 16. N° DE MATRICULA DEL MPPS |
| | | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E - | |
| DIRECCIÓN | | | |
| 17. ESTADO | | 18. MUNICIPIO | |
| | | 19. CIUDAD | |
| 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 | |

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 (LA) FARMACEUTICO(A) PATROCINANTE

D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

| | |
|------------------------------|--|
| 31. FARMACÉUTICO RESPONSABLE | 32. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE |
|------------------------------|--|

F.08-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022