

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE ARTE DEL PRODUCTO COSMÉTICO NACIONAL O IMPORTADO
(Utilice la tecla TAB para cambiar de un campo a otro en todo el Formulario)

01. TIPO DE MODIFICACIÓN: CAMBIO DE ARTES DEL PRODUCTO				FECHA DE SOLICITUD			05. N° DE SOLICITUD		
<input type="checkbox"/> Envase	<input type="checkbox"/> Estuche	<input type="checkbox"/> Folleto Cuando Corresponda	<input type="checkbox"/> Todos	02. DÍA	03. MES	04. AÑO			

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

06. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO												07. ORIGEN DEL PRODUCTO					
[Grid for registration number]												<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO					
08. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO										FECHA DE REGISTRO SANITARIO							
										09. DÍA	10. MES	11. AÑO					
12. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO										13. N° DE REGISTRO SANITARIO							
										[Grid for registration number]							

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

14. APELLIDOS			15. NOMBRES			16. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD			17. N° DE MATRICULA DEL MPPS		
						<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -					
UBICACIÓN GEOGRÁFICA											
18. ESTADO			19. MUNICIPIO			20. CIUDAD					
DIRECCIÓN											
21. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				22. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA				23. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON			
24. PISO/PLANTA/LOCAL		25. CÓDIGO POSTAL		26. PUNTO DE REFERENCIA							
27. N° DE TELÉFONO		28. N° DE CELULAR		29. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			30. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB				

C.- ESPECIFICACION DEL CAMBIO EN EL ARTE

31. DESCRIBA BREVEMENTE (Leyenda o frases, Logos, entre otros)		32. ANTES		33. AHORA	
ARTE DE ENVASE					
ESTUCHE					
FOTLETO					

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)

34. FARMACEÚTICO RESPONSABLE		35. OBSERVACIONES DEL FARMACEÚTICO RESPONSABLE	

F.09-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022

