

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

## SOLICITUD DE CAMBIO DE FARMACÉUTICO PATROCINANTE DE PRODUCTOS REPELENTES 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. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																					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. DÍA    09. MES    10. AÑO																				
11. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO	12. N° DE REGISTRO SANITARIO <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																				

### B.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN (Farmacéutico Patrocinante)

13. APELLIDOS	14. NOMBRES	15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD	16. N° DE MATRICULA DEL MPPS
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	
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 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**

### C.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

30. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	31. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	--

F.16-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022