

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

SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE EMPRESA FABRICANTE DE PRODUCTOS COSMÉTICOS NACIONAL O IMPORTADO

(Utilice la tecla TAB para cambiar de un campo a otro en todo el Formulario)

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

06. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO													07. ORIGEN DEL PRODUCTO		
													<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					

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/GALPÓN			
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.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

31. EMPRESA DEL PRODUCTO A EXCLUIR											
32. N° DE RIF						33. N° DE NIT					

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. FARMACÉUTICO RESPONSABLE			35. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE								

F.17-DMC-PC-OPP-AGOSTO 202