

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--

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)

40. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	41. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE

F.25-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022