

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

SOLICITUD DE DESCONTINUACIÓN DE UN 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. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO <table style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><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 <table style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">08. DÍA</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">09. MES</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">10. AÑO</td> </tr> </table>	08. DÍA	09. MES	10. AÑO																	
08. DÍA	09. MES	10. AÑO																			
11. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO	12. N° DE REGISTRO SANITARIO <table style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																				

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

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

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

--	--

F.32-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022