

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

SOLICITUD DE COPIA CERTIFICADA DEL REGISTRO DE PRODUCTOS REPELENTE DE INSECTOS DE USO TÓPICO

(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										06. ORIGEN DEL PRODUCTO													
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO			
07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO										FECHA DE REGISTRO SANITARIO													
										08. DIA		09. MES		10. AÑO									
11. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO										12. N° DE REGISTRO SANITARIO													
										<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

13. APELLIDOS			14. NOMBRES			15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD			16. N° DE MATRÍCULA DEL MPPS								
						<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -			<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
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										

C.- DOCUMENTO A CERTIFICAR

30. NOMBRE DEL DOCUMENTO A CERTIFICAR

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)



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

31. FARMACÉUTICO RESPONSABLE

32. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE

F.36-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022