

Dirección de Inocuidad de Alimentos y Bebidas
División de Edificaciones, Equipos y Envases

SOLICITUD DE CAMBIOS EN REGISTRO SANITARIO

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

A.- DATOS DE LA SOLICITUD

01. TIPO DE CAMBIO EN REGISTRO SANITARIO				
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE DENOMINACIÓN <input type="checkbox"/> CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL		<input type="checkbox"/> EXTENSIÓN DE USO DE ENVASES, EMPAQUES Y/O ARTÍCULOS DESTINADOS A ESTAR EN CONTACTO CON ALIMENTOS.		
02. FECHA DE SOLICITUD		03. NÚMERO DE SOLICITUD (uso Interno)	04. TIPO DE PRODUCTO	05. ORIGEN DEL PRODUCTO
DÍA	MES	AÑO		<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO

B.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

06. N° REGISTRO SANITARIO	07. FECHA DEL REGISTRO	08. DESCRIPCIÓN DE PRODUCTO	
09. DENOMINACIÓN COMERCIAL		10. USOS	
11. COMPONENTE(S)			

C.- DATOS DE LA EMPRESA FABRICANTE O IMPORTADORA NACIONAL

12. RAZÓN SOCIAL	13. OBJETO DE LA RAZÓN SOCIAL	14. N° DE RIF
UBICACIÓN GEOGRÁFICA		
15. ESTADO	16. CIUDAD	
17. MUNICIPIO	18. AVENIDA/CALLE	
19. EDIFICIO/CASA/QUINTA/GALPÓN	20. PISO/PLANTA/LOCAL	
21. TELÉFONO	22. FAX	23. E-MAIL

D.- DATOS DE LA EMPRESA FABRICANTE – PAÍS DE ORIGEN (Solo para Productos Importados)

24. RAZÓN SOCIAL	25. OBJETO DE LA RAZÓN SOCIAL
UBICACIÓN GEOGRÁFICA	
26. PAIS	27. CIUDAD

Dirección de Inocuidad de Alimentos y Bebidas
División de Edificaciones, Equipos y Envases

28. DIRECCIÓN			
29. TELÉFONO	30. FAX	31. E-MAIL	32. PAGINA WEB

E.- DATOS DEL CAMBIO A REALIZAR

33. DENOMINACIÓN AUTORIZADA	34. NUEVA DENOMINACIÓN
35. RAZÓN SOCIAL AUTORIZADA	36. NUEVA RAZÓN SOCIAL
37. USOS AUTORIZADOS	38. USOS A INCLUIR

F.- DATOS DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO POR LA EMPRESA ANTE EL MPPS

39. APELLIDOS	40. NOMBRES	41. Nº C.I.
42. PROFESIÓN	43. DIRECCIÓN DE HABITACIÓN	
44. TELÉFONO	45. CELULAR	46. E-MAIL

G.- OBSERVACIONES

47. DESCRIPCIÓN



Dirección de Inocuidad de Alimentos y Bebidas
División de Edificaciones, Equipos y Envases

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ portador de la Cédula de identidad N° _____, por medio de este documento declaro, bajo fe de juramento, que la información suministrada es verdadera, por lo que en caso de demostrarse que alguno de los datos es falso, quedo sometido(a) a las disposiciones legales y reglamentarias que rigen la materia.

FIRMA DEL (LA) SOLICITANTE

H.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

48. RECIBIDO POR	49. REVISADO Y EVALUADO POR
FIRMA: _____ FECHA: ____/____/____	FIRMA: _____ FECHA: ____/____/____

F.03-IAB-EEE-OPP- JULIO 2022