

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

**SOLICITUD DE CAMBIO DE DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO COSMÉTICO 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													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><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. DÍA	09. MES	10. AÑO																	
11. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO									12. N° DE REGISTRO SANITARIO																			

**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>							
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>													
17. ESTADO		18. MUNICIPIO			19. CIUDAD								
<b>DIRECCIÓN</b>													
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.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN**

30. NUEVA DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO

**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 FARMACEUTICO PATROCINANTE**

**D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)**

31. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	32. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE



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