

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE ARTE DEL PRODUCTO COSMÉTICO NACIONAL O IMPORTADO
(Utilice la tecla TAB para cambiar de un campo a otro en todo el Formulario)

01. TIPO DE MODIFICACIÓN: CAMBIO DE ARTES DEL PRODUCTO		FECHA DE SOLICITUD		05. N° DE SOLICITUD	
<input type="checkbox"/> Envase	<input type="checkbox"/> Estuche	<input type="checkbox"/> Folleto Cuando Corresponda	<input type="checkbox"/> Todos	02. DÍA	03. MES
				04. AÑO	

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

06. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO												07. ORIGEN DEL PRODUCTO		
												<input type="checkbox"/> NACIONAL	<input type="checkbox"/> IMPORTADO	<input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO
08. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO									FECHA DE REGISTRO SANITARIO					
									09. DÍA	10. MES	11. AÑO			
12. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO									13. N° DE REGISTRO SANITARIO					

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

14. APELLIDOS		15. NOMBRES		16. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD		17. N° DE MATRICULA DEL MPPS	
				<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> E -		
UBICACIÓN GEOGRÁFICA							
18. ESTADO		19. MUNICIPIO		20. CIUDAD			
DIRECCIÓN							
21. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		22. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA		23. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			
24. PISO/PLANTA/LOCAL		25. CÓDIGO POSTAL		26. PUNTO DE REFERENCIA			
27. N° DE TELÉFONO		28. N° DE CELULAR		29. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		30. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	

C.- ESPECIFICACION DEL CAMBIO EN EL ARTE

31. DESCRIBA BREVEMENTE (Leyenda o frases, Logos, entre otros)		32. ANTES		33. AHORA	
ARTE DE ENVASE					
ESTUCHE					
FOTLLETO					

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)

34. FARMACEÚTICO RESPONSABLE		35. OBSERVACIONES DEL FARMACEÚTICO RESPONSABLE	

F.09-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022