

Contralorías Sanitarias Estadales
División de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ portador de la Cédula de identidad N° _____ actuando en mi carácter de Solicitante, ante la Contraloría Sanitaria del Estado _____, hoy _____, con respecto a la Solicitud realizada de _____,

declaro bajo juramento que reconozco, acepto y cumplo con todas las normas sanitarias que competen al tipo de permiso que estoy solicitando al **SERVICIO AUTÓNOMO DE CONTRALORÍA SANITARIA (SACS)**, así mismo doy fe de que el contenido total de la información suministrada, así como los documentos respectivos, son absolutamente ciertos y veraces. A la vez manifiesto que poseo todos los requisitos necesarios para solicitar este permiso y prestaré toda colaboración y facilitaré los recaudos que requiera el **SACS** al momento de realizar la inspección pertinente.

PULGAR IZQUIERDO	PULGAR DERECHO

FIRMA DEL FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CONTRALORIA SANITARIA ESTADAL

RECIBIDO POR		SELLO SACS
APELLIDOS Y NOMBRES		
CARGO		
FECHA		

F.01-CSE-DMC-OPP-AGOSTO 2022