

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspección, Vigilancia y Control

SOLICITUD DE PERMISO DE TRASLADO DE IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA DE REPELENTES DE INSECTOS DE USO TÓPICO Y SUS MATERIAS PRIMAS

LEER EL INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

| FECHA DE SOLICITUD | | | 04. N° DE SOLICITUD |
|--------------------|---------|---------|---------------------|
| 01. DIA | 02. MES | 03. AÑO | |

05. TIPO DE ESTABLECIMIENTO
 IMPORTADORA DE REPELENTES DE INSECTOS DE USO TÓPICO IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA DE REPELENTES DE INSECTOS DE USO TÓPICO DISTRIBUIDORA DE REPELENTES DE INSECTOS DE USO TÓPICO Y SUS MATERIAS PRIMAS.

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------|--|---------|--|---------|--|--|--|
| 06. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO | | | | | | | | 07. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | | | | | | |
| 08. OBJETO SOCIAL | | | | | | | | 09. N° DE RIF | | | | | | | |
| 10. NÚMERO DE OFICIO | | | | | | | | 11. DIA | | 12. MES | | 13. AÑO | | | |

B.- DATOS DEL (LA) FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

| 14. APELLIDOS | | | | 15. NOMBRES | | | | 16. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E - | | | |
|---|--|-------------------------|--|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 17. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S | | | | 18. PROFESIÓN | | | | | | | |
| 19. N° DE TELÉFONO | | | | 20. N° DE TELÉFONO MOVIL | | | | 21. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | | | |
| NUEVA UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA | | | | | | | | | | | |
| 22. ESTADO | | | | 23. MUNICIPIO | | | | 24. CIUDAD /POBLACIÓN | | | |
| DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA | | | | | | | | | | | |
| 25. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL | | | | 26. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA | | | | 27. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN | | | |
| 28. PISO/PLANTA/LOCAL | | 29. PUNTO DE REFERENCIA | | | | | | 30. CÓDIGO POSTAL | | | |
| 31. N° DE TELÉFONO | | 32. N° DE FAX | | 33. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | | | | 34. PÁGINA WEB | | | |
| NUEVA UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA PLANTA DE PRODUCCIÓN | | | | | | | | | | | |
| 35. ESTADO | | | | 36. MUNICIPIO | | | | 37. CIUDAD /POBLACIÓN | | | |
| DIRECCIÓN DE LA PLANTA DE PRODUCCIÓN | | | | | | | | | | | |
| 38. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL | | | | 39. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA | | | | 40. EDIFICIO/GALPÓN | | | |
| 41. PISO/PLANTA/LOCAL | | 42. PUNTO DE REFERENCIA | | | | | | 43. CÓDIGO POSTAL | | | |
| 44. N° DE TELÉFONO | | 45. N° DE FAX | | 46. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | | | | 47. PÁGINA WEB | | | |
| NUEVA UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ALMACEN | | | | | | | | | | | |
| 48. ESTADO | | | | 49. MUNICIPIO | | | | 50. CIUDAD /POBLACIÓN | | | |

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
 División de Inspección, Vigilancia y Control

| DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACEN(ES) | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| 51. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL | 52. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA | 53. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON | |
| 54. PISO/PLANTA/LOCAL | 55. PUNTO DE REFERENCIA | | 56. CÓDIGO POSTAL |
| 57 N° DE TELÉFONO | 58. N° DE FAX | 59. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | 60. PÁGINA WEB |

C.- OBSERVACIONES DEL (LA) FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE

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 que reconozco, acepto y cumpro 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 (LA) FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE

D- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

| |
|--|
| 61. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE: |
| 62. OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A): |

F.10-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE PERMISO DE TRASLADO DE IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA DE REPELENTE DE INSECTOS DE USO TÓPICO Y SUS MATERIAS PRIMAS

Indique en el formulario la información siguiente:

| | |
|----|--|
| 1. | DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD. |
| 2. | MES. - CORRESPONDE AL MES EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD. |
| 3. | AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD. |
| 4. | NÚMERO DE SOLICITUD. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE CONTROL INTERNO. |
| 5. | TIPO DE ESTABLECIMIENTO. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO QUE TRASLADARÁ. |

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

| | |
|-----|--|
| 6. | NÚMERO DE PERMISO SANITARIO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE PERMISO SANITARIO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITA LA CARPETA DE SOLICITUD ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD. |
| 7. | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL. - DE ACUERDO AL REGISTRO DE COMERCIO DE LA EMPRESA DEBIDAMENTE INSCRITO EN EL REGISTRO MERCANTIL, EL CUAL DEBE AJUSTARSE A LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE. |
| 8. | OBJETO SOCIAL. - DE ACUERDO AL REGISTRO DE COMERCIO DE LA EMPRESA DEBIDAMENTE INSCRITO EN EL REGISTRO MERCANTIL, EL CUAL DEBE AJUSTARSE A LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE PARA EL TIPO DE ESTABLECIMIENTO A TRASLADAR. |
| 9. | Nº DE RIF. - ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL PERMISO SANITARIO EN EL M.P.P.S. |
| 10. | NÚMERO DE OFICIO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO. |
| 11. | DÍA. -CORRESPONDE AL DÍA DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO. |
| 12. | MES. -CORRESPONDE AL MES DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO. |
| 13. | AÑO. -CORRESPONDE AL AÑO DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO. |

B.-DATOS DEL (LA) FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

| | |
|-----|---|
| 14. | APELLIDOS. - COMPLETOS DEL (LA) FARMACÉUTICO(A) |
| 15. | NOMBRES. - COMPLETOS DEL (LA)FARMACÉUTICO(A) |
| 16. | Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD. - RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O, EXTRANJERO(A) (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD |
| 17. | NO. DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.- CORRESPONDE AL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ REGISTRADO EL TÍTULO DEL PROFESIONAL ANTE EL SERVICIO AUTONOMO DE CONTRALORÍA SANITARIA. |
| 18. | PROFESIÓN. - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN |
| 19. | Nº DE TELÉFONO. - DONDE LOCALIZARLO(A) (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA). |
| 20. | Nº DE TELÉFONO MÓVIL DONDE LOCALIZARLO(A). |
| 21. | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO, DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS. |

NUEVA UBICACIÓN GEOGRÁFICA UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA

| | |
|-----|---|
| 22. | ESTADO. - CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL ESTADO DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO. |
| 23. | MUNICIPIO. - CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL MUNICIPIO DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO. |
| 24. | CIUDAD/POBLACIÓN. - CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO. |

DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA

| | |
|-----|--|
| 25. | URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL. - CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO. |
| 26. | AVENIDA/CARRERA/CALLE/ ESQUINA. - CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO. |
| 27. | EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN. - CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO. |
| 28. | PISO/PLANTA/LOCAL. - CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO. |
| 29. | PUNTO DE REFERENCIA. - CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA EL ESTABLECIMIENTO. |
| 30. | CÓDIGO POSTAL. - CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO. |
| 31. | Nº DE TELÉFONO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA). EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO. |
| 32. | NÚMERO DE FAX. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DEL ESTABLECIMIENTO. |
| 33. | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. - CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO. |
| 34. | DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB. - CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DEL ESTABLECIMIENTO. |

NUEVA UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA PLANTA DE PRODUCCIÓN

| | |
|-----|--|
| 35. | ESTADO. - CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN |
| 36. | MUNICIPIO. - CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN. |
| 37. | CIUDAD/POBLACIÓN. - CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN. |

DIRECCIÓN DE LA PLANTA DE PRODUCCIÓN

| | |
|-----|--|
| 38. | URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL. -CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN /SECTOR/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN. |
| 39. | AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA. - CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN. |
| 40. | EDIFICIO/GALPÓN. - CORRESPONDE AL EDIFICIO/ GALPÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN. |
| 41. | PISO/PLANTA/LOCAL. - CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN |
| 42. | PUNTO DE REFERENCIA. - CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN. |
| 43. | CÓDIGO POSTAL. - CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN |

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspección, Vigilancia y Control

| | |
|-----|---|
| 44. | Nº DE TELÉFONO.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PLANTA DE PRODUCCIÓN (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA). |
| 45. | NÚMERO DE FAX.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LA PLANTA DE PRODUCCIÓN. |
| 46. | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.- CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA EMPRESA. |
| 47. | PÁGINA WEB.- CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA EMPRESA. |

NUEVA UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACÉN(ES)

| | |
|-----|---|
| 48. | ESTADO.- CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |
| 49. | MUNICIPIO.- CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |
| 50. | CIUDAD/POBLACIÓN.- CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |

DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACÉN(ES)

| | |
|-----|---|
| 51. | URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.- CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |
| 52. | AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.- CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |
| 53. | EDIFICIO/QUINTA/GALPÓN.- CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/GALPÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |
| 54. | PISO/PLANTA/LOCAL.- CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |
| 55. | PUNTO DE REFERENCIA.- CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |
| 56. | CÓDIGO POSTAL.- CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |
| 57. | Nº DE TELÉFONO.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA). |
| 58. | NÚMERO DE FAX.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |
| 59. | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.- CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA EMPRESA. |
| 60. | PÁGINA WEB.- CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA EMPRESA |

C. OBSERVACIONES DEL REGENTE

DEBE SER LLENADO EN CASO QUE EL REGENTE SOLICITANTE TENGA QUE HACER ALGUNAS OBSERVACIONES SIGNIFICATIVAS CON RELACIÓN AL TIPO DE SOLICITUD.

DECLARACIÓN JURADA EL REGENTE SOLICITANTE DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS Y DEBE FIRMAR LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PERMISO SANITARIO (TRASLADO).

D. PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE. - DEBE SER LLENADO SOLAMENTE POR EL FUNCIONARIO(A) AUTORIZADO(A) DE LA DIVISIÓN DE INSPECCIONES Y FARMACOVIGILANCIA EN LA DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y CONTROL DE DROGAS, MEDICAMENTOS Y COSMÉTICOS, NIVEL CENTRAL PARA EVALUAR LA SOLICITUD.

| | |
|-----|---------------------------------------|
| 61. | FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE |
| 62. | OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A) |

F.10-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022