



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

SOLICITUD DE CAMBIO DE ARTE DEL PRODUCTO REPELENTE DE INSECTOS DE USO TÓPICO 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.º DE SOLICITUD
				02. DÍA	03. MES	04. AÑO	
<input type="checkbox"/> Envase <input type="checkbox"/> Estuche <input type="checkbox"/> Folleto Cuando Corresponda <input type="checkbox"/> Todos							

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

06. NÚMERO 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. DIA	10. MES	11. AÑO
12. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO												13. N.º DE REGISTRO SANITARIO		

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

14. APELLIDOS		15. NOMBRES		16. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD		17. N.º DE MATRÍCULA 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.º DE TELÉFONO		28. N.º DE CELULAR		29. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		30. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	

C.- ESPECIFICACIÓN DEL CAMBIO EN EL ARTE

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



@sacs_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria



Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.





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) FARMACÉUTICO (A PATROCINANTE)

D PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

34. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	35. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	--

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



@sacs_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria



Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.

