



SOLICITUD DE PERMISO DE FUNCIONAMIENTO DE ALMACENES PRINCIPALES Y AUXILIARES DE CASAS DE REPRESENTACIÓN, IMPORTADORAS Y/O DISTRIBUIDORAS DE PRODUCTOS COSMÉTICOS, IMPORTADORAS Y/O DISTRIBUIDORAS DE REPELENTE DE INSECTOS DE USO TÓPICO Y LABORATORIOS FABRICANTES DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PRODUCTOS COSMÉTICOS

LEER EL INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

FECHA DE SOLICITUD			04. N.º DE SOLICITUD
01. DÍA	02. MES	03. AÑO	

05. TIPO DE ESTABLECIMIENTO

- ALMACEN PRINCIPAL O AUXILIAR PARA CASA DE REPRESENTACIÓN
 ALMACEN PRINCIPAL O AUXILIAR PARA IMPORTADORA/DISTRIBUIDORA
 ALMACEN PRINCIPAL O AUXILIAR PARA LABORATORIOS

06. PRODUCTO TERMINADO A IMPORTAR/REPRESENTAR

- COSMÉTICOS
 FARMACÉUTICOS

07. MATERIA PRIMA A IMPORTAR

- PRODUTOS COSMÉTICOS

- PRODUTOS FARMACÉUTICOS

A.- DATOS DEL REGENTE O FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

08. APELLIDOS	09. NOMBRES	10. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD
		V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
11. N.º DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.	12. PROFESIÓN	
13. N.º DE TELÉFONO	14. N.º DE TELÉFONO MÓVIL	15. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

B.- DATOS DE LA CASA DE REPRESENTACION O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA

16. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	17. OBJETO SOCIAL				
18. SUPERFICIE INTERNA (M ²)	19. N.º DE RIF	20. N.º DE NIT			
DATOS DEL REGISTRO MERCANTIL					
21. REGISTRO	22. CIRCUNSCRIPCIÓN				
23. TOMO	24. NÚMERO	PROTOCOLIZACIÓN			
		25. DÍA 26. MES 27. AÑO			
MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL					
28. REGISTRO	29. CIRCUNSCRIPCIÓN	30. TOMO	31. NÚMERO	PROTOCOLIZACIÓN	35. MODIFICACIÓN
				32. DÍA 33. MES 34. AÑO	

1/8



@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.





PROPIETARIO(S)					
36. APELLIDOS	37. NOMBRES	38. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD			
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E			
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E			
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E			
DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO					
39. DOCUMENTO PRESENTADO	40. NÚMERO	41. ACTIVIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO		
<input type="checkbox"/> PATENTE <input type="checkbox"/> SOLICITUD			42. DÍA	43. MES	44. AÑO
45. ESTADO OTORGANTE	46. MUNICIPIO OTORGANTE				

47. TIPO DE EMPRESA	48. TENENCIA DEL LOCAL	49. PROCEDENCIA DE LOS PRODUCTOS.	
<input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA	<input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> ARRENDADO <input type="checkbox"/> COMODATO	<input type="checkbox"/> NACIONALES <input type="checkbox"/> IMPORTADOS	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA			
50. ESTADO	51. MUNICIPIO	52. CIUDAD /POBLACIÓN	
DIRECCIÓN DE OFICINA ADMINISTRATIVA			
53. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	54. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	55. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	
56. PISO/PLANTA/LOCAL	57. PUNTO DE REFERENCIA	58. CÓDIGO POSTAL	
59. N.º DE TELÉFONO	60. N.º DE FAX	61. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	62. DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACEN(ES) PRINCIPALES O AUXILIARES			
63. ESTADO	64. MUNICIPIO	65. CIUDAD /POBLACIÓN	
DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACEN(ES) PRINCIPALES O AUXILIARES			
66. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	67. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	68. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	
69. PISO/PLANTA/LOCAL	70. PUNTO DE REFERENCIA	71. CÓDIGO POSTAL	
72. N.º DE TELÉFONO	73. N.º DE FAX	74. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	75. DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB





Ministerio del Poder Popular para la

SALUD

Servicio Autónomo
de Contraloría Sanitaria

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

sacs

C.- OBSERVACIONES DEL (LA) REGENTE O FARMACÉTICO(A) SOLICITANTE

3/8



@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 REGENTE / FARMACEUTICO SOLICITANTE

D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

76. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO	77. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:
<input type="text"/> - <input type="text"/>	
78. OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A):	



@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.





INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO SOLICITUD DE PERMISO DE FUNCIONAMIENTO DE ALMACENES PRINCIPALES Y AUXILIARES DE CASAS DE REPRESENTACIÓN, IMPORTADORAS Y/O DISTRIBUIDORAS DE PRODUCTOS COSMÉTICOS, IMPORTADORAS Y/O DISTRIBUIDORAS DE REPELENTE DE INSECTOS DE USO TÓPICO Y LABORATORIOS FABRICANTES DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PRODUCTOS COSMÉTICOS

INDIQUE EN EL FORMULARIO LA INFORMACIÓN SIGUIENTE:

01	DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD DE PERMISO.
02	MES. - CORRESPONDE AL MES EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD DE PERMISO.
03	AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD DE PERMISO.
04	NÚMERO DE SOLICITUD. - NÚMERO DE CONTROL INTERNO.
05	TIPO DE ESTABLECIMIENTO. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO.
06	PRODUCTO TERMINADO A IMPORTAR/REPRESENTAR. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE PRODUCTO TERMINADO A IMPORTAR/REPRESENTAR.
07	MATERIA PRIMA A IMPORTAR. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE A LA MATERIA PRIMA A IMPORTAR, INDICAR SI ES PARA PRODUCTOS COSMÉTICOS Y/O PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, QUE SERÁN UTIZADOS PARA LA FABRICACIÓN DE SUS PRODUCTOS Y/O VENTA.

A.- DATOS DEL REGENTE/FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

08	APELLIDOS. - COMPLETOS DEL REGENTE/FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE.
09	NOMBRES. - COMPLETOS DEL REGENTE/FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE.
10	Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD. - RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O, EXTRANJERO(A) (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.
11	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.
12	PROFESIÓN. - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.
13	No. DE TELÉFONO. - DONDE LOCALIZARLO (A) (FAVOR INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA).
14	No. DE TELÉFONOS MÓVIL. - DONDE LOCALIZARLO (A).
15	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. - DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS.

B.-DATOS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA

16	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL. - SEGÚN REGISTRO MERCANTIL.
17	OBJETO SOCIAL. - DE ACUERDO AL REGISTRO MERCANTIL, EL CUAL DEBE AJUSTARSE A LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE PARA UNA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA DE COSMÉTICOS.
18	SUPERFICIE INTERNA EN M2. - INCLUYENDO ÁREAS DE OFICINA Y ALMACENES.
19	EL No. DEL R.I.F. - ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL.
20	EL No. DEL N.I.T. - ES EL NÚMERO DE ACUERDO A LA IDENTIFICACION TRIBUTARIA.

DATOS DEL REGISTRO MERCANTIL

21	REGISTRO. - INDICAR EL NOMBRE DEL REGISTRO MERCANTIL.
22	CIRCUNSCRIPCIÓN. - INDICAR LA CIRCUNSCRIPCIÓN DEL ESTADO EN EL CUAL SE REGISTRÓ.



@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.





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

23	TOMO. - ES EL TOMO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
24	NÚMERO. - ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.

PROTOCOLIZACIÓN

25	DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
26	MES. - CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
27	AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.

MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL

28	REGISTRO. - INDICAR EL NOMBRE DEL REGISTRO MERCANTIL.
29	CIRCUNSCRIPCIÓN. - INDICAR LA CIRCUNSCRIPCIÓN DEL ESTADO EN EL CUAL SE REGISTRÓ.
30	TOMO. - ES EL TOMO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
31	NÚMERO. - ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.

PROTOCOLIZACIÓN

32	DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
33	MES. - CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
34	AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
35	MODIFICACIÓN. - INDICAR LA(S) CLAUSULA(S) QUE FUE O FUERON MODIFICADA(S) EN EL REGISTRO MERCANTIL.

PROPIETARIO(S)

36	APELLIDOS. - EL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.
37	NOMBRES. - EL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.
38	No. DE CÉDULA DE IDENTIDAD. RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O, EXTRANJERO(A) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.

DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO

39	DOCUMENTO PRESENTADO. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL DOCUMENTO PRESENTADO: FOTOCOPIA DE LA PATENTE O FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA PATENTE.
40	NÚMERO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO O SOLICITUD
41	ACTIVIDAD. -SEÑALADA EN LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO LA CUAL DEBE ESTAR RELACIONADA CON EL OBJETO SOCIAL DE UNA CASA DE REPRESENTACION O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS COSMÉTICOS EN CASO DE PRESENTAR FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.
42	DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA DE VENCIMIENTO DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.
43	MES. - CORRESPONDE AL MES DE VENCIMIENTO DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.
44	AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO DE VENCIMIENTO DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.
45	ESTADO OTORGANTE. - CORRESPONDE AL ESTADO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.
46	MUNICIPIO OTORGANTE. - CORRESPONDE AL MUNICIPIO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.



@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.





47	TIPO DE EMPRESA. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO AL TIPO DE EMPRESA A REGISTRAR.
48	TENENCIA DEL LOCAL. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA TENENCIA DEL LOCAL.
49	PROCEDENCIA DE LOS PRODUCTOS. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA PROCEDENCIA DE LOS PRODUCTOS.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA

50	ESTADO. -CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.
51	MUNICIPIO. - CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
52	CIUDAD/POBLACIÓN. - CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN, EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.

DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA

53	URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL. - CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL, EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
54	AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA. - CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
55	EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN. - CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.
56	PISO/PLANTA/LOCAL. - CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
57	PUNTO DE REFERENCIA. - PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O DISTRIBUIDORA-IMPORTADORA.
58	CÓDIGO POSTAL. - CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
59	No. DE TELÉFONO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA (FAVOR INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA).
60	NÚMERO DE FAX. -CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACION Y/O IMPORTADORA - DISTRIBUIDORA
61	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. - CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.
62	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB. - CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACENE(ES) PRINCIPALES O AUXILIARES

63	ESTADO. - EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
64	MUNICIPIO. - EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA
65	CIUDAD/POBLACIÓN. - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACION Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA



@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.





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

DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACENE(ES) PRINCIPALES O AUXILIARES

66	URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL. - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
67	AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA. - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
68	EDIFICIO/QUINTA/CASA GALPÓN. - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.
69	PISO/PLANTA/LOCAL. - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
70	PUNTO DE REFERENCIA. - PARA UBICAR EN FORMA RAPIDA LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA. - DISTRIBUIDORA.
71	CÓDIGO POSTAL. - CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA.
72	NÚMERO DE TELÉFONO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O DISTRIBUIDORA-IMPORTADORA (FAVOR INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA).
73	NÚMERO DE FAX. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
74	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. - CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA CASA DE REPRESENTACION Y/O IMPORTADORA. - DISTRIBUIDORA
75	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB. - CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA

C.- OBSERVACIONES DEL REGENTE O FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE

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

DECLARACIÓN JURADA, EL REGENTE O FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS. Y DEBE FIRMAR LA SOLICITUD DEL PERMISO SANITARIO.

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.

76	NÚMERO DE PERMISO SANITARIO (NIVEL NACIONAL).
77	FUNCIONARIO (A) RESPONSABLE.
78	OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO (A).

F.13.DMC-IFV-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.

