

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

SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE EMPRESA FABRICANTE DE PRODUCTOS COSMÉTICOS NACIONAL O IMPORTADO

(Utilice la tecla TAB para cambiar de un campo a otro en todo el Formulario)

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. 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 <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -				17. N° DE MATRÍCULA DEL MPPS			
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.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

31. EMPRESA DEL PRODUCTO A EXCLUIR															
32. N° DE RIF								33. N° DE NIT							



@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) FARMACEUTICO(A) PATROCINANTE _____

D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

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

F.17-DMC-PC-OPP-AGOSTO 202



@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.