



## SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE EMPRESA FABRICANTE DE PRODUCTOS REPELENTE DE INSECTOS DE USO TÓPICO NACIONAL O IMPORTADO

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

<b>01. TIPO DE MODIFICACIÓN</b> <input type="checkbox"/> CAMBIO DE LA EMPRESA FABRICANTE <input type="checkbox"/> INCLUSION DE LA EMPRESA FABRICANTE <input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA <input type="checkbox"/> OTROS: _____	<b>FECHA DE SOLICITUD</b> 02. DÍA      03. MES      04. AÑO	<b>05. N.º DE SOLICITUD</b> _____
---	--	--------------------------------------

### A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

<b>06. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO</b> _____	<b>07. ORIGEN DEL PRODUCTO</b> <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO			
<b>08. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO</b> _____		<b>FECHA DE REGISTRO SANITARIO</b> 09. DIA      10. MES      11. AÑO		
<b>12. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b> _____		<b>13. N.º DE REGISTRO SANITARIO</b> _____		

### B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

<b>14. APELLIDOS</b> _____	<b>15. NOMBRES</b> _____	<b>16. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD</b> <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	<b>17. N.º DE MATRÍCULA DEL MPPS</b> _____
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>			
<b>18. ESTADO</b> _____	<b>19. MUNICIPIO</b> _____	<b>20. CIUDAD</b> _____	
<b>DIRECCIÓN</b>			
<b>21. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL</b> _____		<b>22. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA</b> _____	
<b>24. PISO/PLANTA/LOCAL</b> _____		<b>25. CÓDIGO POSTAL</b> _____	
<b>27. N.º DE TELÉFONO</b> _____		<b>28. N.º DE CELULAR</b> _____	
<b>29. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO</b> _____		<b>30. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB</b> _____	

### C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

<b>31. EMPRESA DEL PRODUCTO A EXCLUIR</b> _____	
<b>32. N.º DE RIF</b> _____	<b>33. N.º DE NIT</b> _____



@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 correspondientemente 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.18-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.

