

**SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE EMPRESA IMPORTADORA
Y/O DISTRIBUIDORA DEL PRODUCTO COSMÉTICO NACIONAL O IMPORTADO**

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

01. TIPO DE MODIFICACIÓN		FECHA DE SOLICITUD			05. N.º DE SOLICITUD
<input checked="" type="checkbox"/> CAMBIO DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA <input type="checkbox"/> CAMBIO DE LA EMPRESA IMPORTADORA <input checked="" type="checkbox"/> INCLUSIÓN DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA <input type="checkbox"/> INCLUSIÓN DE LA EMPRESA IMPORTADORA <input checked="" type="checkbox"/> EXCLUSIÓN DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA <input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN DE LA EMPRESA IMPORTADORA		02. DÍA	03. MES	04. AÑO	

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

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

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

14. APELLIDOS	15. NOMBRES	16. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD	17. N.º DE MATRICULA DEL MPPS
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	<input type="text"/>
UBICACION GEOGRAFICA			
18. ESTADO	19. MUNICIPIO	20. CIUDAD	
DIRECCION			
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.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

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



Ministerio del Poder Popular para la

SALUD

Servicio Autónomo
de Contraloría Sanitaria

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

sacs

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.19-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.

