



**SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE PAÍS FABRICANTE DE
REPELENTE DE INSECTOS 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
	02. DÍA	03. MES	04. AÑO	
<input type="checkbox"/> CAMBIO DEL PAÍS FABRICANTE DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> INCLUSIÓN DEL PAÍS FABRICANTE DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN DEL PAÍS FABRICANTE DEL PRODUCTO				

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

06. N.º 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.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
---------------------	--------------------	-------------------------------------	-----------------------------

31. ORIGEN DE LA EMPRESA	32. RAZÓN SOCIAL DEL FABRICANTE	33. N.º DE REGISTRO SANITARIO
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA		
34. N.º DE RIF	35. 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

D.- UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL

36. ESTADO	37. MUNICIPIO	38. CIUDAD
DIRECCIÓN		
39. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		40. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA
42. PISO/PLANTA/LOCAL	43. CÓDIGO POSTAL	44. PUNTO DE REFERENCIA
45. N.º DE TELÉFONO	46. N.º DE FAX	47. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
		48. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

E.- UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA

49. PAÍS	50. CIUDAD	51. DIRECCIÓN
----------	------------	---------------



@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**F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)**

52. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	53. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	------------------------------------------------

F.30-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.