

SOLICITUD DE DESCONTINUACIÓN DE UN PRODUCTO COSMÉTICO NACIONAL O IMPORTADO

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

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

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

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

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

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



@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

C.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

30. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	31. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE

F.31-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.

