

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

SOLICITUD DE AGOTAMIENTO DE EXISTENCIA DEL 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

[illegible]

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

13. APELLIDOS	14. NOMBRES	15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD	16. N° DE MATRÍCULA DEL MPPS					
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -						
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			

C.- AGOTAMIENTO DE EXISTENCIA

30. AGOTAMIENTO DE EXISTENCIA (Indicando Cantidad, lote)
--



@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.



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

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)

31. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	32. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE

F.33-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.

