



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.34-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.

