

**SOLICITUD DE COPIA CERTIFICADA DEL REGISTRO DE PRODUCTOS REPELENTE DE INSECTOS DE USO TÓPICO**

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

FECHA DE SOLICITUD			04. N.º 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			
07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO															FECHA DE REGISTRO SANITARIO		
															08. DÍA	09. MES	10. AÑO
11. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO															12. N.º DE REGISTRO SANITARIO		

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

13. APELLIDOS		14. NOMBRES		15. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD		16. N.º 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.º DE TELÉFONO		27. N.º DE CELULAR		28. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO					29. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB				

C.- DOCUMENTO A CERTIFICAR

30. NOMBRE DEL DOCUMENTO A CERTIFICAR														
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



@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

D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

31. FARMACÉUTICO RESPONSABLE

32. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE

F.36-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.

