

SOLICITUD DE REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO COSMÉTICO ARTESANAL**(Utilice la tecla TAB para cambiar de un campo a otro en todo el Formulario)**

FECHA DE SOLICITUD			04. N.º DE SOLICITUD
01. DIA	02. MES	03. AÑO	

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO COSMÉTICO ARTESANAL

05. NOMBRE DEL PRODUCTO - DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO	06. NOMBRE DE LA MARCA		
07. NOMBRE DE LA VARIEDAD	08. CONTENIDO NETO	09 FABRICANTE	10. DISTRIBUIDOR

B.- DATOS DEL PRODUCTOR O FABRICANTE DEL PRODUCTO COSMÉTICO ARTESANAL

11. TIPO DE PERSONA <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/> NATURAL	12 N.º DE PERMISO SANIATARIO DE PRODUCTOR ARTESANAL		
13. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	14. N.º DE RIF	15. N.º DE C.I	
UBICACION GEOGRAFICA DEL PRODUCTOR DE PRODUCTO COSMETICO ARTESANAL			
16. ESTADO	17. MUNICIPIO	18. CIUDAD	
DIRECCIÓN			
19. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	20. AVENIDA / CARRERA/CALLE/ESQUINA		
21. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	22. PISO/PLANTA/LOCAL		
23. CÓDIGO POSTAL	24. PUNTO DE REFERENCIA		
25 N.º DE TELÉFONO	26. N.º DE FAX	27. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	



@ 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.

C.- DATOS DEL (DE LOS) DISTRIBUIDOR(ES) DEL PRODUCTO

28. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		29. N.º DE RIF	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
30. ESTADO	31. MUNICIPIO	32. CIUDAD	
DIRECCIÓN			
33 URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		34. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	35 EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN
36. PISO/PLANTA/LOCAL	37. CÓDIGO POSTAL	38. PUNTO DE REFERENCIA	39. N.º DE TELÉFONO
40. N.º DE FAX		41 DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	42 DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

D.- DATOS DEL SOLICITANTE

43. APELLIDOS		44. NOMBRES	45. N.º DE CEDULA DE IDENTIDAD	
			<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> E
UBICACIÓN GEOGRÁFICA				
46. ESTADO	47. MUNICIPIO	48 CIUDAD		
49. N.º DE TELÉFONO	50. N.º DE CELULAR	51 DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		

E.- FORMULA CUALI-CUANTITATIVA DEL PRODUCTO COSMÉTICO ARTESANAL

52. COMPOSICIÓN		53. CONCENTRACIÓN

F.-TIEMPO DE CONSERVACION DEL PRODUCTO

FECHA DE ELABORACION			FECHA DE VENCIMIENTO			60. OBSERVACIÓN
54. DIA	55. MES	56 AÑO	57. DIA	58. MES	59. AÑO	



@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, declaro bajo juramento 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.

Por todo ello mediante mi persona la empresa asume que la autoridad máxima de Contraloría Sanitaria podrá iniciar las acciones administrativas, además de solicitar el inicio de las acciones civiles y/o penales que correspondan.

FIRMA DEL SOLICITANTE

G.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

61. REGISTRO SANITARIO Nº												
62. OBSERVACIONES												

F.37-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022



@sacs_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

