

**SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTO  
REPELENTE DE INSECTO DE USO TÓPICO 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. N° DE NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA (N.S.O.)															06. ORIGEN DEL PRODUCTO		
															<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO		
07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO															FECHA DEL REGISTRO SANITARIO		
															08. DÍA	09. MES	10. AÑO
11. TITULAR DE LA NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA															12. N° DE REGISTRO SANITARIO		

**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	



@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)**<sup>30</sup>.  
FARMACÉUTICO RESPONSABLE

31. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE

F.04-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.

