



Ministerio del Poder Popular para la

SALUDServicio Autónomo
de Contraloría SanitariaDirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Productos Cosméticos**SACS**

**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.º DE SOLICITUD
01. DÍA	02. MES	03. AÑO	

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

05. N.º 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.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					



@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.



Ministerio del Poder Popular para la

SALUD

Servicio Autónomo
de Contraloría Sanitaria

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

SACS

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____, portador de la Cédula de identidad N° _____, actuando en mi carácter de Solicitante, ante el Servicio Autonómico 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 Autonómico de Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

FIRMA DEL (LA) FARMACEUTICO(A) PATROCINANTE

C.- PARA USO INTERNO
EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)
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.

