

**SOLICITUD DE CAMBIO DE PROPIETARIO EN EL REGISTRO DEL PRODUCTO
REPELENTE DE INSECTOS DE USO TÓPICO NACIONAL O IMPORTADO****(Utilice la tecla TAB para cambiar de un campo a otro en todo el Formulario)**

| | | | | |
|--|--------------------|---------|---------|----------------------|
| 01. TIPO DE MODIFICACIÓN | FECHA DE SOLICITUD | | | 05. N.º DE SOLICITUD |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DEL PROPIETARIO DE PRODUCTO REPELENTE DE INSECTO NACIONAL | 02. DÍA | 03. MES | 04. AÑO | |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DEL PROPIETARIO DE PRODUCTO REPELENTE DE INSECTO IMPORTADO | | | | |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DEL PROPIETARIO DE PRODUCTO REPELENTE NACIONAL E IMPORTADO | | | | |

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

| | | | |
|--|-----------------------------------|---|---------|
| 06. N.º DE REGISTRO SANITARIO | 07. ORIGEN DEL PRODUCTO | | |
| <input type="checkbox"/> IMPORTADO | <input type="checkbox"/> NACIONAL | <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO | |
| 08. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO | FECHA DE REGISTRO SANITARIO | | |
| | 09. DÍA | 10. MES | 11. AÑO |
| 12. TITULAR DE REGISTRO SANITARIO <input type="checkbox"/> JURÍDICO <input type="checkbox"/> NATURAL | 13. N.º DE REGISTRO SANITARIO | | |
| | | | |

B. DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

| | | | |
|---|--------------------|---|---------------------------------|
| 14. APELLIDOS | 15. NOMBRES | 16. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD | 17. N.º DE MATRÍCULA DEL MPPS |
| | | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E - | |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA | | | |
| 18. ESTADO | 19. MUNICIPIO | 20. CIUDAD | |
| DIRECCIÓN | | | |
| 21. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL | | 22. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA | 23. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN |
| 24. PISO/PLANTA/LOCAL | 25. CÓDIGO POSTAL | 26. PUNTO DE REFERENCIA | |
| 27. N.º DE TELÉFONO | 28. N.º DE CELULAR | 29. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | 30. 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.

**C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN (Cambio del Representante del Registro)**

| | | | |
|---|-------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| 31. TIPO DE PERSONA <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/> NATURAL | | 32. N.º DE REGISTRO SANITARIO | |
| 33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA | | 34. N.º DE RIF/C.I. | 35. N.º DE NIT |
| UBICACION GEOGRAFICA | | | |
| 36. ESTADO | 37. MUNICIPIO | 38. CIUDAD | |
| DIRECCION | | | |
| 39. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL | | 40. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA | 41. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON |
| 42. PISO/PLANTA/LOCAL | 43. CÓDIGO POSTAL | 44. PUNTO DE REFERENCIA | |
| 45. N.º DE TELÉFONO | 46. N.º DE FAX | 47. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | 48. 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**D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)**

49. FARMACÉUTICO RESPONSABLE

50. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE

F.06-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.