

SOLICITUD DE CAMBIO DE DENOMINACIÓN 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)

FECHA DE SOLICITUD			04. N° 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° 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		

C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

30. NUEVA DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO



@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)

31. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	32. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE

F.08-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.*

