

División de Productos Cosméticos

SOLICITUD DE CAMBIO DE ARTE DEL PRODUCTO COSMÉTICO NACIONAL O IMPORTADO
(Utilice la tecla TAB para cambiar de un campo a otro en todo el Formulario)

01. TIPO DE MODIFICACIÓN: CAMBIO DE ARTES DEL PRODUCTO				FECHA DE SOLICITUD			05. N° DE SOLICITUD
<input type="checkbox"/> Envase	<input type="checkbox"/> Estuche	<input type="checkbox"/> Folleto Cuando Corresponda	<input type="checkbox"/> Todos	02. DÍA	03. MES	04. AÑO	

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

[illegible]

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

14. APELLIDOS		15. NOMBRES		16. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -		17. N° DE MATRICULA DEL MPPS					
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. CODIGO POSTAL		26. PUNTO DE REFERENCIA							
27. N° DE TELÉFONO		28. N° DE CELULAR		29. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				30. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			

C.- ESPECIFICACION DEL CAMBIO EN EL ARTE

31. DESCRIBA BREVEMENTE (Leyenda o frases, Logos, entre otros)	32. ANTES	33. AHORA
ARTE DE ENVASE		
ESTUCHE		
FOTILLETTO		



@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)

34. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	35. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE

F.09-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.*

