



SOLICITUD DE CAMBIO DE ARTE DEL PRODUCTO REPELENTE DE INSECTOS DE USO TÓPICO NACIONAL O IMPORTADO

01. TIPO DE MODIFICACIÓN: CAMBIO DE ARTES DEL PRODUCTO
02. DÍA 03. MES 04. AÑO
05. N° DE SOLICITUD

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

06. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO
07. ORIGEN DEL PRODUCTO
08. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO
12. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

14. APELLIDOS 15. NOMBRES 16. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD 17. N° DE MATRICULA DEL MPPS
18. ESTADO 19. MUNICIPIO 20. CIUDAD
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° 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



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) FARMACÉUTICO(A PATROCINANTE)

.-D PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

34. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	35. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	--