



## SOLICITUD DE CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (FABRICANTE, IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA) DEL PRODUCTO REPELENTE DE INSECTOS DE USO TÓPICO NACIONAL O IMPORTADO

01. TIPO DE MODIFICACIÓN <input type="radio"/> CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DEL IMPORTADORA <input type="radio"/> CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DEL DISTRIBUIDORA <input type="radio"/> CAMBIO DE RAZON DEL FABRICANTE	FECHA DE SOLICITUD 02. DÍA    03. MES    04. AÑO	05. N° DE SOLICITUD
--	---	---------------------

### A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

06. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO [Grid for 12 digits]	07. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO
08. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO	FECHA DE REGISTRO SANITARIO 09. DIA    10. MES    11. AÑO
12. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO	13. N° DE REGISTRO SANITARIO [Grid for 12 digits]

### 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 [Grid for 12 digits]
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>			
18. ESTADO	19. MUNICIPIO	20. CIUDAD	
<b>DIRECCION</b>			
21. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	22. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA	23. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
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.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

31. RAZÓN SOCIAL ACTUAL DEL DISTRIBUIDOR, PROPIETARIO Y/O FABRICANTE DEL PRODUCTO	32. NUEVA RAZÓN SOCIAL DEL DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO
	33. N° DE RIF    34. N° DE NIT

### DECLARACIÓN JURADA

Yo, \_\_\_\_\_, portador de la Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_, actuando en mi carácter de Solicitante, ante el Servicio Autonomo 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)

35. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	36. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	--