



**SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DEL REPRESENTANTE NACIONAL DEL PRODUCTO
REPELENTE DE INSECTOS DE USO TÓPICO NACIONAL O IMPORTADO**

| | | | | |
|--|--------------------|---------|---------|---------------------|
| 01. TIPO DE MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/> CAMBIO DEL REPRESENTANTE NACIONAL (PRODUCTO NACIONAL) <input type="checkbox"/> CAMBIO DEL REPRESENTANTE NACIONAL (PRODUCTO IMPORTADO) <input type="checkbox"/> INCLUSION DE REPRESENTANTE NACIONAL (PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADOS) <input type="checkbox"/> EXCLUSION DE REPRESENTANTE NACIONAL (PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO) | FECHA DE SOLICITUD | | | 05. N° DE SOLICITUD |
| | 02. DÍA | 03. MES | 04. AÑO | |

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

| | |
|---|---|
| 06. NUMERO 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. DIA 10. MES 11. AÑO |
| 12. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO <input type="checkbox"/> JURIDICO <input type="checkbox"/> NATURAL | 13. N° DE REGISTRO SANITARIO |

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. 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 (Cambio del Representante del Registro Sanitario)

| | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| 31. TIPO DE PERSONA <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/> NATURAL | 32. N° DE REGISTRO SANITARIO | | |
| 33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA | 34. N° DE RIF/C.I. | 35. N° DE NIT | |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA | | | |
| 36. ESTADO | 37. MUNICIPIO | 38. CIUDAD | |
| DIRECCIÓN | | | |
| 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° DE TELÉFONO | 46. N° DE FAX | 47. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | 48. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB |

"Vigilando la Salud de Todas y Todos"

Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324, El Silencio, Caracas-Venezuela.
Telf: (0212) 408 05 01 al 05. Fax: (0212) 408.05.05. <http://www.sacs.gob.ve/>



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 |
|------------------------------|--|