



**SOLICITUD DE CAMBIO DE FARMACÉUTICO PATROCINANTE DE PRODUCTOS
REPELENTE DE INSECTOS DE USO TÓPICO NACIONAL O IMPORTADO**

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 DE LA MODIFICACIÓN (Farmacéutico Patrocinante)

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					

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

C.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

30. FARMACÉUTICO RESPONSABLE		31. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE	