# SOLICITUD DE CAMBIO DE FARMACÉUTICO PATROCINANTE DE PRODUCTOS COSMÉTICOS 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 |
|---|---|
| | ☐NACIONAL ☐IMPORTADO ☐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 | | |
| | | | |

## B.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN (Farmacéutico Patrocinante)

| 14. APELLIDOS | 15. NOMBRES | 16. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD | 17. N° DE MATRICULA DEL MPPS |
|---|---|---|---|
| | | ☐V ☐E - | |

| UBICACION GEOGRAFICA | | |
|---|---|---|
| 18. ESTADO | 19. MUNICIPIO | 20. CIUDAD |
| | | |

| DIRECCION | | |
|---|---|---|
| 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____, portador de la Cédula de Identidad Nº_____, actuando en mi carácter de Solicitante, ante el Servicio Autonómo 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)

| 31. FARMACÉUTICO RESPONSABLE | 32. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE |
|---|---|
| | |