SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE EMPRESA FABRICANTE DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TÓPICO NACIONAL O IMPORTADO

01. TIPO DE MODIFICACIÓN	FECHA DE SOLICITUD			05. N° DE SOLICITUD
☐ EXCLUSIÓN DE LA EMPRESA FABRICANTE ☐ INCLUSION DE LA EMPRESA FABRICANTE ☐ EXCLUSIÓN DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA ☐ EXCLUSION DE LA EMPRESA IMPORTADORA ☐ OTROS:	02. DÍA	03. MES	04. AÑO	

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

06. NÚMERO 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 DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

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

C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

31 EMPRESA DEL PRODUCTO A EXCLUIR	
32. N° DE RIF	33. N° DE NIT

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

D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

34. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	35. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE