

SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA DEL PRODUCTO COSMÉTICO NACIONAL O IMPORTADO

01. TIPO DE MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/> INCLUSION DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA <input type="checkbox"/> INCLUSION DE LA EMPRESA IMPORTADORA <input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA <input type="checkbox"/> EXCLUSION DE LA EMPRESA IMPORTADORA <input type="checkbox"/> OTROS:	FECHA DE SOLICITUD			05. N° DE SOLICITUD
	02. DÍA	03. MES	04. AÑO	

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

06. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					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 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">09. DÍA</td> <td style="width: 33%;">10. MES</td> <td style="width: 33%;">11. AÑO</td> </tr> </table>	09. DÍA	10. MES	11. AÑO																	
09. DÍA	10. MES	11. AÑO																			
12. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO	13. N° DE REGISTRO SANITARIO <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				

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 <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
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 MODIFICACION

31. EMPRESA DEL PRODUCTO A EXCLUIR		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">32. N° DE RIF</td> <td style="width: 50%;">33. N° DE NIT</td> </tr> </table>	32. N° DE RIF	33. N° DE NIT
32. N° DE RIF	33. N° DE NIT	

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)

34. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	35. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	--

"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.

Tel: (0212) 408 05 01 al 05. Fax: (0212) 408.05.05. <http://www.sacs.gob.ve/>