



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Productos Cosméticos

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

01. TIPO DE MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/> INCLUSIÓN DE LA MARCA COMERCIAL DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN DE LA MARCA COMERCIAL DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> CAMBIO DE LA MARCA COMERCIAL DEL PRODUCTO	FECHA DE SOLICITUD			05. N° DE SOLICITUD
	02. DÍA	03. MES	04. AÑO	

**A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO**

06. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	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 09. DÍA    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 <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	17. N° DE MATRÍCULA DEL MPPS
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>			
18. ESTADO	19. MUNICIPIO	20. CIUDAD	
<b>DIRECCIÓN</b>			
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 o Inclusión)**

31. MARCA(S) ACTUALES	32. NUEVA MARCA DEL PRODUCTO
-----------------------	------------------------------

"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/>



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Productos Cosméticos

### 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)**

33. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	34. 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/>