

Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Productos Cosméticos

SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE VARIEDADES DEL PRODUCTO COSMÉTICO NACIONAL O IMPORTADO

01. TIPO DE MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/> INCLUSIÓN DE VARIEDADES (COLOR, OLOR Y SABOR) <input type="checkbox"/> CAMBIO DE VARIEDADES (COLOR, OLOR Y SABOR) <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; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></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%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">09. DIA</td> <td style="width: 33%;">10. MES</td> <td style="width: 33%;">11. AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	09. DIA	10. MES	11. AÑO																	
09. DIA	10. MES	11. AÑO																			
12. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO	13. N° DE REGISTRO SANITARIO <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></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%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></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 MODIFICACIÓN

31. VARIEDAD: <input type="checkbox"/> COLOR <input type="checkbox"/> OLOR <input type="checkbox"/> SABOR	32. SUBCLASE DE LA VARIEDAD	33. CANTIDAD DE VARIEDADES
34.-NOMBRE DE LA VARIEDAD A INCLUIR		

"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)

35. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	36. 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/>