

Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Productos Cosméticos

SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE VARIEDADES DEL PRODUCTO REPELENTE DE INSECTOS DE USO TÓPICO 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	07. ORIGEN DEL PRODUCTO																							
<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>																					<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> 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																						
		<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>																						

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

14. APELLIDOS	15. NOMBRES	16. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD	17. N° DE MATRICULA DEL MPPS																				
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	<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>																				
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		

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
------------------------------	--