

Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Productos Cosméticos**SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE INGREDIENTES EN LA FÓRMULA DEL PRODUCTO COSMÉTICO NACIONAL O IMPORTADO**

01. TIPO DE MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/> INCLUSIÓN DE INGREDIENTES <input type="checkbox"/> CAMBIO DE INGREDIENTES	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"><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>																	<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			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA						
18. ESTADO	19. MUNICIPIO		20. CIUDAD			
DIRECCIÓN						
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

INGREDIENTE(S) DE LA FORMULA A INCLUIR O CAMBIO								
31. COMPONENTE	32. CANT.	33. U/ MED.	34. CONCT.	35. USO	36. NATURALEZA	37. TIPO DE COMPONENTE	38. MODALIDAD DEL COMPONENTE	39. JUSTIFICACIÓN

"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)

40. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	41. 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/>