



## SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE PAÍS FABRICANTE DEL PRODUCTO COSMÉTICO NACIONAL O IMPORTADO

01. TIPO DE MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/> INCLUSIÓN DEL PAÍS FABRICANTE DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> CAMBIO DEL PAÍS FABRICANTE 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
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 (Fabricante del Producto a Incluir o cambio)

31. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	32. RAZÓN SOCIAL DEL FABRICANTE	33. N° DE REGISTRO SANITARIO
34. N° DE RIF	35. N° DE NIT	

### D.- UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL

36. ESTADO	37. MUNICIPIO	38. CIUDAD
39. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	40. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	41. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN
42. PISO/PLANTA/LOCAL	43. CÓDIGO POSTAL	44. PUNTO DE REFERENCIA
45. N° DE TELÉFONO		
46. N° DE FAX	47. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	48. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

### E.- UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA

49. PAÍS	50. CIUDAD	51. DIRECCIÓN
----------	------------	---------------

"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/>



### 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**

**F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)**

52. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	53. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	--