



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Productos Cosméticos

SOLICITUD DE DESCONTINUACIÓN DE UN PRODUCTO COSMÉTICO NACIONAL O IMPORTADO

FECHA DE SOLICITUD			04. N° DE SOLICITUD
01. DÍA	02. MES	03. AÑO	

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO												06. ORIGEN DEL PRODUCTO		
												<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO		
07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO										FECHA DE REGISTRO SANITARIO				
										08. DIA	9. MES	10. AÑO		
11. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO										12. N° DE REGISTRO SANITARIO				

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

13. APELLIDOS		14. NOMBRES		15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD		16. N° DE MATRICULA DEL MPPS	
				<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA							
17. ESTADO		18. MUNICIPIO		19. CIUDAD			
DIRECCIÓN							
20 URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		21. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA		22. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			
23. PISO/PLANTA/LOCAL	24. CÓDIGO POSTAL	25. PUNTO DE REFERENCIA					
26. N° DE TELÉFONO	27. N° DE CELULAR	28. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		29. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			

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



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Productos Cosméticos

C.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

30. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	31. 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/>