



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Productos Cosméticos

**SOLICITUD DE AGOTAMIENTO DE EXISTENCIA DE PRODUCTOS REPELENTES DE  
INSECTOS DE USO TÓPICO 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. DÍA	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			

**C.- AGOTAMIENTO DE EXISTENCIA**

30. AGOTAMIENTO DE EXISTENCIA (Indicando Cantidad , lote )											

"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

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

31. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	32. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	------------------------------------------------