



**SOLICITUD DE RENOVACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTO REPELENTE DE INSECTO 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. N° DE NOTIFICACION SANITARIA OBLIGATORIA (N.S.O.)										06. ORIGEN DEL PRODUCTO					
										<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO					
07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO										FECHA DEL REGISTRO SANITARIO					
										08. DÍA		9. MES		10. AÑO	
11. TITULAR DE LA NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA										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 GEOGRAFICA											
17. ESTADO			18. MUNICIPIO			19. CIUDAD					
DIRECCION											
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**

**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.

Telf: (0212) 408 05 01 al 05. Fax: (0212) 408.05.05. <http://www.sacs.gob.ve/>