



### SOLICITUD DE CAMBIO DE PROPIETARIO EN EL REGISTRO DEL PRODUCTO REPELENTE DE INSECTOS DE USO TÓPICO NACIONAL O IMPORTADO

01. TIPO DE MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/> CAMBIO DEL PROPIETARIO DE PRODUCTO REPELENTE DE INSECTO NACIONAL <input type="checkbox"/> CAMBIO DEL PROPIETARIO DE PRODUCTO REPELENTE DE INSECTO IMPORTADO <input type="checkbox"/> CAMBIO DEL PROPIETARIO DE PRODUCTO REPELENTE NACIONAL E IMPORTADO	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"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO		
08. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO			FECHA DE REGISTRO SANITARIO
			09. DÍA      10. MES      11. AÑO
12. TITULAR DE REGISTRO SANITARIO <input type="checkbox"/> JURIDICO <input type="checkbox"/> NATURAL			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 MATRICULA DEL MPPS
UBICACION GEOGRAFICA			
18. ESTADO	19. MUNICIPIO	20. CIUDAD	
DIRECCION			
21. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	22. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA	23. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
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 (Cambio del Representante del Registro)

31. TIPO DE PERSONA <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/> NATURAL			32. N° DE REGISTRO SANITARIO
33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		34. N° DE RIF/C.I.	35. N° DE NIT
UBICACION GEOGRAFICA			
36. ESTADO	37. MUNICIPIO	38. CIUDAD	
DIRECCION			
39. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	40. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	41. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
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

### 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)**

49. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	50. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	--