

**SOLICITUD DE CAMBIO DE DENOMINACIÓN DEL 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. NUMERO 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		09. 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 -					
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>									
17. ESTADO			18. MUNICIPIO			19. CIUDAD			
<b>DIRECCIÓN</b>									
20 URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			21. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA			22. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON			
23. PISO/PLANTA/LOCAL		24. CODIGO POSTAL		25. PUNTO DE REFERENCIA					
26. N° DE TELÉFONO		27. N° DE CELULAR		28. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			29. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

**C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN**

30. NUEVA DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO

**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 FARMACEUTICO PATROCINANTE**

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

31. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	32. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE