

Contralorías Sanitarias Estadales
División de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

SOLICITUD DE PERMISO DE FUNCIONAMIENTO DE LAS CASAS NATURISTAS

FECHA DE SOLICITUD			04. N° DE SOLICITUD
01. DIA	02. MES	03. AÑO	
05. TIPO DE SOLICITUD		06. ESTADO RECEPTOR DE LA SOLICITUD	
<input type="checkbox"/> SOLICITUD <input type="checkbox"/> RENOVACION			

A.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

07. TIPO DE PERSONA		08. N° DE CEDULA											
<input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/> NATURAL		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
09. NOMBRE DE LA PERSONA NATURAL O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA:			10. RIF										
			<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
UBICACION GEOGRAFICA													
11. ESTADO	12. MUNICIPIO		13. CIUDAD										
DIRECCIÓN													
14. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		15. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA	16. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN										
17. PISO/PLANTA/LOCAL	18. CÓDIGO POSTAL	19. PUNTO DE REFERENCIA											
20. N° DE TELÉFONO	21. N° DE FAX	22. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	23. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB										

B.- DATOS DEL REGISTRO MERCANTIL DEL ESTABLECIMIENTO

MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL							
24. REGISTRO	25. CIRCUNSCRIPCIÓN	26. TOMO	27. NÚMERO	PROTOCOLIZACIÓN			31. MODIFICACIÓN
				28. DIA	29. MES	30. AÑO	

DECLARACIÓN JURADA.

Yo, _____ portador de la Cédula de identidad N° _____, actuando en mi carácter REPRESENTANTE, declaro bajo juramento que:

1. El contenido total de la información es absolutamente cierto y veráz;
2. La Empresa a la que represento prestará todas las facilidades que solicite la Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores;
3. La comercialización de los productos cosméticos en la presente cumple con las normativas respectivas que regulan los productos cosméticos, en la República Bolivariana de Venezuela.

Por todo ello mediante mi persona, y/o la empresa asume que la autoridad contralora sanitaria podra iniciar las acciones administrativas, además de solicitar el inicio de las acciones civiles y/o penales que correspondan.

FIRMA DEL REPRESENTANTE

F.13-CSE-DMC-OPP-AGOSTO 2022