

Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud  
División de Inspecciones y Tecnovigilancia

**SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DE PATROCINANTE DE LA EMPRESA FABRICANTE, IMPORTADORA, DISTRIBUIDORA Y PRESTADORA DE SERVICIO TECNICO DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD**

FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)
01. DIA	02. MES	03. AÑO	

**A. DATOS DEL PATROCINANTE ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD**

05. APELLIDOS		06. NOMBRES		07. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	
08 N° DE MATRICULA DEL M.P.P.S.		09. PROFESIÓN			
10. N° DE TELÉFONO		11. N° DE CELULAR		12. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

**B.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE**

13. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA				14. N° DE REGISTRO SANITARIO			
E	M	P	-				
15. N° DE RIF							
16. N° DE TELÉFONO		17. N° DE FAX		18. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		19. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_ portador de la Cédula de identidad N° \_\_\_\_\_, actuando en mi carácter de patrocinante, ante el Ministerio del Poder Popular para la Salud, declaro bajo juramento 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 PATROCINANTE**

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

20. ESPECIALISTA RESPONSABLE	21. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA REPOSABLE
------------------------------	--

F.10-MEEPS-ITV-OPP-JULIO 2022

