

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

SOLICITUD POR CAMBIO DE DIRECCIÓN DE EMPRESA FABRICANTE DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD IMPORTADOS

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO						FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)				
						01. DÍA	02. MES	03. AÑO					
P	M	P	-					06. TIPO DE PRODUCTO			07. ORIGEN DEL PRODUCTO		
								<input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO			<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO		

A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO

08. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO								09. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA							
								E	M	P	-				
10. N.º DE RIF															

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

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.º DE TELÉFONO			21. N.º DE FAX			22. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				23. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB				

B.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

24. APELLIDOS					25. NOMBRES					26. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD				
										<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -				
27. MATRÍCULA DEL M. P. P. S.			28. PROFESIÓN											
29. N.º DE TELÉFONO			30. N.º DE CELULAR			31. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				32. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB				

C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

33. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO					34. MARCA COMERCIAL					35. PRESENTACION COMERCIAL				
36. USO DEL PRODUCTO														
37. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO														
<input type="checkbox"/> MÉDICO			<input type="checkbox"/> MÉDICO QUIRURGICO			<input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO			<input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO					
<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO			<input type="checkbox"/> ESTÉTICO			<input type="checkbox"/> MISCELANEO								
38. RESTRICCIONES DE USO														
<input type="checkbox"/> ADVERTENCIAS			<input type="checkbox"/> CONTRAINDICACIONES			<input type="checkbox"/> INTERACCIONES								
<input type="checkbox"/> PRECAUCIONES			<input type="checkbox"/> REACCIONES ADVERSAS			<input type="checkbox"/> NO PRESENTA								

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

39. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE														
40. DIRECCIÓN ANTERIOR														
41. DIRECCIÓN ACTUAL														



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

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

E.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

42. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	43. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
44. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	
<input type="text"/>	

F.11-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

