

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

## SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DE ACTIVIDAD COMERCIAL DE EMPRESAS DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

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

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA														
E	M	P	-											

### A.- DATOS DEL PATROCINANTE AUTORIZADO POR LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

06. APELLIDOS						07. NOMBRES						08. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD	
												<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	
09. MATRICULA DEL M. P. P. S.				10. PROFESIÓN									
11. N° DE TELÉFONO				12. N° DE TELÉFONO MÓVIL				13. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO					

### B.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

14. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA						15. N° DE RIF					
16. OBJETO DE LA EMPRESA A EXCLUIR											
<input type="checkbox"/> DISTRIBUIDOR <input type="checkbox"/> EXPORTADOR <input type="checkbox"/> FABRICANTE <input type="checkbox"/> IMPORTADOR <input type="checkbox"/> SERVICIO TÉCNICO <input type="checkbox"/> ENVASADOR <input type="checkbox"/> ENSAMBLADOR											

### 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)

17. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO								18. ESPECIALISTA RESPONSABLE							
19. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA REPOSABLE															

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

