

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

## SOLICITUD DE CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE PARA MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD IMPORTADOS

		FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)	
		01. DÍA	02. MES	03. AÑO		
05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO					06. TIPO DE PRODUCTO	
P	M	P	-	<input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO		07. ORIGEN DEL PRODUCTO
					<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															
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>															
11. ESTADO				12. MUNICIPIO				13. CIUDAD							
<b>DIRECCIÓN</b>															
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. MATRICULA 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. DENOMINACION DEL PRODUCTO				34. MARCA COMERCIAL				35. PRESENTACION COMERCIAL			
36. USO DEL PRODUCTO											

### D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO ANTERIOR

37. ORIGEN DE LA EMPRESA			38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE						39. N.º DE REGISTRO SANITARIO							
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA									E	M	P	-				
40. N.º DE RIF																
<b>UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA</b>																
41. PAÍS							42. CIUDAD									
43. DIRECCIÓN																



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

**E.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO ACTUAL**

44. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	45. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE	46. N° DE REGISTRO SANITARIO					
		E	M	P	-		
47. N° DE RIF							
<b>UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA</b>							
48. PAÍS					49. CIUDAD		
50. DIRECCIÓN							

**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**

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

51. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	52. ESPECIALISTA RESPONSABLE										
<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>											
53. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE											

F.12-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

