

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

## SOLICITUD DE CAMBIO DE PROPIETARIO DEL PRODUCTO PARA MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO							FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)			
							01. DÍA	02. MES	03. AÑO				
<b>P</b>	<b>M</b>	<b>P</b>	-				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				
	<b>E</b>	<b>M</b>	<b>P</b>	-										
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

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										<b>E</b> <b>M</b> <b>P</b> -				
40. N.º DE RIF														
<b>UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA</b>														
41. PAÍS										42. CIUDAD				
43. DIRECCIÓN														

### E.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL PRODUCTO ANTERIOR

44. ORIGEN DE LA EMPRESA			45. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA							46. N.º DE REGISTRO SANITARIO				
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA										<b>E</b> <b>M</b> <b>P</b> -				
47. N.º DE RIF														



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

<b>UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL PROPIETARIO</b>	
48. PAÍS	49. CIUDAD
50. DIRECCIÓN	

**F.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL PRODUCTO ACTUAL**

51. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	52. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA	53. N° DE REGISTRO SANITARIO
		E M P -
54. N° DE RIF		

<b>UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL PROPIETARIO</b>	
55. PAÍS	56. CIUDAD
57. 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**

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

58. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	59. ESPECIALISTA RESPONSABLE
60. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.15-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

