

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

SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE EMPRESA FABRICANTE NACIONAL DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

| FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO) | | | 04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO) |
|-------------------------------------|---------|---------|--------------------------------------|
| 01. DÍA | 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 FABRICANTE NACIONAL A INCLUIR

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---------------|--|------------|--|-------------------------------------|--|------------------------------|--|-----------------------------|--|
| 13. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE | | | | | | | | | | 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 | |
| 20. PAÍS | | | | | | 21. CIUDAD | | | | | | | |
| 22. 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

C.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

| | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 23. ESPECIALISTA RESPONSABLE | | | | 24. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

F.16-MEEPS-ITV-OPP-JULIO 2022

