

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

SOLICITUD DE INSPECCIÓN SANITARIA PARA REGISTRO Y/O RENOVACIÓN DE EMPRESA FABRICANTE DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

FECHA DE SOLICITUD USO INTERNO			04. N.º DE SOLICITUD USO INTERNO
01. DÍA	02. MES	03. AÑO	

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

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

B.- DATOS DE LA EMPRESA FABRICANTE

14. RAZON SOCIAL							15. RIF									
16. TIPO DE SOLICITUD							17. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO									
<input type="checkbox"/> INSPECCION DE REGISTRO SANITARIO <input type="checkbox"/> INSPECCION DE RENOVACIÓN DEL R. S							E	M	P	-						

C.- DIRECCIÓN DE LA EMPRESA FABRICANTE

OFICINA ADMINISTRATIVA											
UBICACIÓN GEOGRÁFICA											
18. ESTADO			19. MUNICIPIO				20. CIUDAD				
21. PARROQUIA											
DIRECCIÓN											
22. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				23. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA				24. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON			
25. PISO/PLANTA/LOCAL		26. CÓDIGO POSTAL		27. PUNTO DE REFERENCIA							
28. N.º DE TELÉFONO		29. N.º DE FAX		30. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				31. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			
PLANTA DE PRODUCCIÓN											
UBICACIÓN GEOGRÁFICA											
32. ESTADO			33. MUNICIPIO				34. CIUDAD				
35. PARROQUIA											
DIRECCIÓN											
36. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				37. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA				38. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON			
39. PISO/PLANTA/LOCAL		40. CÓDIGO POSTAL		41. PUNTO DE REFERENCIA							
42. N.º DE TELÉFONO		43. N.º DE FAX		44. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				45. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			



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

ALMACEN			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
46. ESTADO	47. MUNICIPIO		48. CIUDAD
49. PARROQUIA			
DIRECCIÓN			
50. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		51. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	52. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON
53. PISO/PLANTA/LOCAL	54. CÓDIGO POSTAL	55. PUNTO DE REFERENCIA	
56. N° DE TELÉFONO	57. N° DE FAX	58. DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO	59. DIRECCION DE PAGINA WEB
SERVICIO TÉCNICO (SI APLICA)			
60. TENENCIA DEL SERVICIO · PROPIO <input type="checkbox"/> CONTRATADO			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
61. ESTADO	62. MUNICIPIO		63. CIUDAD
64. PARROQUIA			
DIRECCIÓN			
65. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		66. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	67. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON
68. PISO/PLANTA/LOCAL	69. CÓDIGO POSTAL	70. PUNTO DE REFERENCIA	
71. N° DE TELÉFONO	72. N° DE FAX	73. DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO	74. DIRECCION DE PAGINA WEB

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

75. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	76. ESPECIALISTA RESPONSABLE
77. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.17-MEEPS-ITV-OPP-JULIO 2022

