

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

### SOLICITUD DE CAMBIO DE ETIQUETA DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

		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

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 GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA FABRICANTE</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

### 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**

#### E.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

44. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	45. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
46. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	
<input type="text"/>	

F.18-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

