

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

### SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE REGISTRO SANITARIO DEL MATERIAL Y EQUIPO DE SALUD

FECHA DE SOLICITUD <b>(USO INTERNO)</b>			04. N° DE SOLICITUD <b>(USO INTERNO)</b>	
01. DÍA	02. MES	03. AÑO		
05. DOCUMENTO A CANCELAR <input type="checkbox"/> REGISTRO SANITARIO PMP <input type="checkbox"/> RENOVACION DE PMP · <input type="checkbox"/> INCLUSION DE IMPORTADOR <input type="checkbox"/> OTRO ESPECIFIQUE: _____				
<b>A.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE</b>				
06. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA			07. N° DE REGISTRO SANITARIO	
			E M P -	
08. N° DE RIF				
09. N° DE TELÉFONO	10. N° DE FAX	11. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	12. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	
<b>B. DATOS DEL PATROCINANTE TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>				
13. APELLIDOS		14. NOMBRES		15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD
				<input type="checkbox"/> V · E
16. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.		17. PROFESIÓN		
18. N° DE TELÉFONO		19. N° DE CELULAR	20. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

#### 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)

21. ESPECIALISTA RESPONSABLE	22. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA REPOSABLE

F.02-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

