

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

**SOLICITUD DE COPIA CERTIFICADA**

|                                     |         |         |                                      |
|-------------------------------------|---------|---------|--------------------------------------|
| FECHA DE SOLICITUD<br>(USO INTERNO) |         |         | 04. N° DE SOLICITUD<br>(USO INTERNO) |
| 01. DÍA                             | 02. MES | 03. AÑO |                                      |

05. DOCUMENTO A CERTIFICAR

REGISTRO SANITARIO EMPRESA     RENOVACION DE EMPRESA     OTRO ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

**A.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE**

|  |  |  |               |  |  |                                     |   |   |   |                             |  |  |  |  |  |
|--|--|--|---------------|--|--|-------------------------------------|---|---|---|-----------------------------|--|--|--|--|--|
| 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. DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO**

|                                  |  |  |  |                   |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|-------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
| 13. APELLIDOS                    |  |  |  | 14. NOMBRES       |  |  |  | 15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD                           |  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |                   |  |  |  | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> 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**

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

|                              |   |
|------------------------------|---|
| 21. ESPECIALISTA RESPONSABLE | 22. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA REponsable |
|                              |   |

F.20-MEEPS-ITV-OPP-JULIO 2022

