

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

SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DE PRESENTACIÓN(ES) COMERCIAL(ES) DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

										FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. Nº DE SOLICITUD (USO INTERNO)			
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO				
05.-NUMERO DE REGISTRO SANITARIO										06. TIPO DE PRODUCTO			07. ORIGEN DEL PRODUCTO			
P	M	P	-							<input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO			<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. Nº DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA							
										E	M	P	-				
10. Nº DE RIF																	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA																	
11. ESTADO				12. MUNICIPIO				13. CIUDAD									
DIRECCIÓN																	
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. Nº DE TELÉFONO			21. Nº 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. Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD			
										<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E			
27. MATRICULA DEL M. P. P. S.			28. PROFESIÓN										
29. Nº DE TELÉFONO			30. Nº 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. PRESENTACION COMERCIAL A EXCLUIR							37. USO DEL PRODUCTO						

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

38. ORIGEN DE LA EMPRESA			39. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE							40. Nº DE REGISTRO SANITARIO							
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA										E	M	P	-				
41. Nº DE RIF																	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL														UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA			
42. ESTADO				43. MUNICIPIO				44. CIUDAD				51. PAÍS		52. CIUDAD			



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

DIRECCIÓN		53. DIRECCIÓN	
45. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	46. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		
47. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	48. PISO/PLANTA/LOCAL		
49. CÓDIGO POSTAL	50. PUNTO DE REFERENCIA		
54. N.º DE TELÉFONO	55. N.º DE FAX	56. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	57. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

58. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA	59. N.º DE REGISTRO SANITARIO
	E M P -
60. N.º DE RIF	

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

F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

61. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	62. ESPECIALISTA RESPONSABLE
63. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.21-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

