

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

SOLICITUD DE ANULACIÓN Y CORRECCIÓN DE OFICIO

| | | | |
|--|---------|---------|---------------------|
| FECHA DE SOLICITUD USO INTERNO | | | 04. N° DE SOLICITUD |
| 01. DÍA | 02. MES | 03. AÑO | |

05. DOCUMENTO A ANULAR O CORREGIR:

REGISTRO SANITARIO EMPRESA RENOVACION DE EMPRESA OTRO ESPECIFIQUE: _____

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

| | | | | | |
|-------------------------------|--|-------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------|
| 06. APELLIDOS | | 07. NOMBRES | | 08. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD | |
| | | | | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E - | |
| 09. MATRICULA DEL M. P. P. S. | | 10. PROFESIÓN | | | |
| | | | | | |
| 11. N° DE TELÉFONO | | 12. N° DE CELULAR | 13. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | | 14. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB |
| | | | | | |

B. DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

| | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 15. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA | |
| | |
| 16. RIF | 17. N° DE REGISTRO SANITARIO EMP |
| | |

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)

| | |
|--|------------------------------|
| 18. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO | 19. ESPECIALISTA RESPONSABLE |
| | |
| 20. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE | |
| | |

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

