

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

SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

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

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

| | | | |
|--|---|---|------------------------------|
| 05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO | | 06. TIPO DE PRODUCTO | |
| P | M | P | - |
| | | | |
| | | | |
| 07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO | | 08. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL PRODUCTO | |
| 09. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE DEL PRODUCTO | | | 10. PAÍS |
| 11. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO | | 12. N° RIF | 13. N° DE REGISTRO SANITARIO |
| | | | E |
| | | | M |
| | | | P |
| | | | - |
| | | | |
| | | | |

B. DATOS DEL PATROCINANTE ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE LA EMPRESA QUE SE INCLUIRÁ COMO IMPORTADOR Y/O DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO

| | | | | | |
|----------------------------------|--|-------------------|--|---|--|
| 14. APELLIDOS | | 15. NOMBRES | | 16. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD | |
| | | | | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E - | |
| 17. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S. | | 18. PROFESIÓN | | | |
| | | | | | |
| 19. N° DE TELÉFONO | | 20. N° DE CELULAR | | 21. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | |
| | | | | | |

C.- DATOS DE LA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDOR A INCLUIR

| | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------|--|------------------------------|--|-------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| 22. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA | | | | 23. N° DE REGISTRO SANITARIO | | | | | |
| | | | | E | | | | | |
| | | | | M | | | | | |
| | | | | P | | | | | |
| | | | | - | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 24. N° DE RIF | | 25. N° DE TELÉFONO | | 26. N° DE FAX | | 27. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | | 28. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB | |
| | | | | | | | | | |

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:

- El contenido total de la información es absolutamente cierto y veraz.
- 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)

| | |
|------------------------------|--|
| 29. ESPECIALISTA RESPONSABLE | 30. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE |
| | |

F.22-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

