

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

SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DE PRODUCTOS MANUFACTURADOS EN EMPRESAS FABRICANTES NACIONALES DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

										FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)			
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO				
05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO										06. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO			07. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO			
P	M	P	-													

A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO

08. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO										09. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA			
										E	M	P	-
10. N.º 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. N.º DE TELÉFONO			21. N.º 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. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -			
27. MATRÍCULA DEL M. P. P. S.			28. PROFESIÓN										
29. N.º DE TELÉFONO			30. N.º DE CELULAR			31. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				32. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			

C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO A EXCLUIR EN EL PROCESO DE MANUFACTURA

33. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO					34. MARCA COMERCIAL					35. PRESENTACIÓN COMERCIAL			
36. USO DEL PRODUCTO													

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

37. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL FABRICANTE										38. N.º DE REGISTRO SANITARIO			
										E	M	P	-
39. N.º DE RIF													



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

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL			
40. ESTADO	41. MUNICIPIO	42. CIUDAD	
DIRECCIÓN			
43. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		44. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	
45. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		46. PISO/PLANTA/LOCAL	
47. CÓDIGO POSTAL		48. PUNTO DE REFERENCIA	
49. N° DE TELÉFONO	50. N.º DE FAX	51. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	52. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

E.- DATOS DEL DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO

53. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA						54. N° REGISTRO SANITARIO					
						E M P -					
55. N° 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)

56. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	57. ESPECIALISTA RESPONSABLE
58. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.24-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

