

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

SOLICITUD DE RETIRO DEL MERCADO DEL MATERIAL Y EQUIPO DE SALUD

05. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO										FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)		
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO			
P	M	P	-							06. TIPO DE PRODUCTO			07. ORIGEN DEL PRODUCTO		
										<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. N° DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA									
										E	M	P	-						
10. N° 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° DE TELÉFONO				21. N° 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° DE CÉDULA DE IDENTIDAD					
												<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -					
27. MATRICULA DEL M. P. P. S.				28. PROFESIÓN													
29. N° DE TELÉFONO				30. N° 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. USO DEL PRODUCTO																	

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

37. ORIGEN DE LA EMPRESA				38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE						39. N° DE REGISTRO SANITARIO									
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA										E	M	P	-						
40. N° DE RIF									41. PAIS										

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

42. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA										43. N° DE REGISTRO SANITARIO								
										E	M	P	-					
44. N° DE RIF																		



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

F.- DATOS DE LA PRESENTACIÓN DEL PRODUCTO (EMPAQUE O ENVASE)

45. TIPO DE MATERIAL DEL EMPAQUE Ó ENVASE

--

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

G.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

46. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO | 47. ESPECIALISTA RESPONSABLE

48. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE

F.26-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

