

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

### SOLICITUD DE ANULACIÓN Y CORRECCIÓN DE OFICIO

FECHA DE SOLICITUD <b>(USO INTERNO)</b>			04. N.º DE SOLICITUD <b>(USO INTERNO)</b>
01. DÍA	02. MES	03. AÑO	
05. DOCUMENTO A ANULAR O CORREGIR: <input type="checkbox"/> REGISTRO SANITARIO PMP <input type="checkbox"/> RENOVACION DE PMP  <input type="checkbox"/> INCLUSION DE IMPORTADOR <input type="checkbox"/> OTRO ESPECIFIQUE: _____		06. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO	07. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO

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

08. APELLIDOS		09. NOMBRES		10. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD	
				<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	
11. MATRICULA DEL M. P. P. S.		12. PROFESIÓN			
13. N.º DE TELÉFONO		14. N.º DE CELULAR		15. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
16. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB					

#### DECLARACIÓN JURADA

Yo, \_\_\_\_\_ portador de la Cédula de identidad N.º \_\_\_\_\_, 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**

#### B.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

17. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO		18. ESPECIALISTA RESPONSABLE	
19. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE			

F.27-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022