

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

### SOLICITUD DE PERMISO DE IMPORTACIÓN DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)
01. DIA	02. MES	03. AÑO	
05. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO	06. FINALIDAD DEL PERMISO DE IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/> MUESTRAS PARA ANÁLISIS PARA REGISTRO <input type="checkbox"/> INVESTIGACIÓN <input type="checkbox"/> DOCENTES <input type="checkbox"/> PERSONAS NATURALES <input type="checkbox"/> DONACIÓN PROFESIONALES		

#### A.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO POR LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

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

#### B.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

16. DENOMINACION DEL PRODUCTO		17. MARCA COMERCIAL		18. PRESENTACION COMERCIAL	
19. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> MÉDICO QUIRURGICO <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> ESTÉTICO <input type="checkbox"/> MISCELANEO					
20. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE				21. PAÍS	
22. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA		23. N° DE REGISTRO SANITARIO		24. PAÍS	
		E M P -			
25. N° DE RIF					
26. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA				27. PAÍS	
		E M P -			

#### C.- DATOS DE LA INSTITUCIÓN EVALUADORA

28. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN		29. CANTIDAD DE MUESTRA A EVALUAR		30. N° DE PACIENTES SOMETIDOS A EVALUACIÓN	
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>					
31. ESTADO		32. MUNICIPIO		33. CIUDAD	
<b>DIRECCIÓN</b>					
34. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		35. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		36. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	
37. PISO/PLANTA/LOCAL		38. CÓDIGO POSTAL		39. PUNTO DE REFERENCIA	
40. N° DE TELÉFONO		41. N° DE CELULAR		42. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
				43. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	

#### D.- DATOS DEL PUERTO DE ENTRADA POR DONDE INGRESARÁ EL PRODUCTO

44. PUERTO DE ENTRADA		45. VÍA <input type="checkbox"/> AÉREA <input type="checkbox"/> MARÍTIMA <input type="checkbox"/> TERRESTRE			
-----------------------	--	--	--	--	--



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

UBICACIÓN GEOGRÁFICA		
46. ESTADO	47. MUNICIPIO	48. CIUDAD

**E.- OBSERVACIONES DEL SOLICITANTE AUTORIZADO POR LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD**

----------------------

**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.
3. La fabricación del bien o producto señalado en la presente cumple con las buenas prácticas de manufactura y/o fabricación.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PATROCINANTE**

**F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)**

49. ESPECIALISTA RESPONSABLE
50. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE

F.03-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

