

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

SOLICITUD DE PERMISO DE EXPORTACIÓN PARA EMPRESA DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

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

A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO

05. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO					06. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA									
					E	M	P	-						
07. N.º DE RIF														
UBICACIÓN GEOGRÁFICA														
08. ESTADO				09. MUNICIPIO					10. CIUDAD					
DIRECCIÓN														
11. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				12. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA				13. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN						
14. PISO/PLANTA/LOCAL			15. CÓDIGO POSTAL			16. PUNTO DE REFERENCIA								
17. N.º DE TELÉFONO			18. N.º DE FAX			19. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			20. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB					

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

21. APELLIDOS				22. NOMBRES				23. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD				
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -				
24. MATRICULA DEL M. P. P. S.			25. PROFESIÓN									
26. N.º DE TELÉFONO			27. N.º DE CELULAR			28. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			29. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			

C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO QUE SE VA A EXPORTAR

30. DENOMINACION DEL PRODUCTO			31. MARCA COMERCIAL			32. PRESENTACION COMERCIAL			33. CANTIDAD				
34. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO			P	M	P	-						35. TIPO DE PRODUCTO	
			P	M	P	-							<input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

36. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE								37. N.º DE REGISTRO SANITARIO							
								E	M	P	-				
38. N.º DE RIF															
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL															
39. ESTADO				40. MUNICIPIO					41. CIUDAD						
DIRECCIÓN															
42. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL						43. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA									
44. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN						45. PISO/PLANTA/LOCAL									
46. CÓDIGO POSTAL				47. PUNTO DE REFERENCIA											
48. N.º DE TELÉFONO				49. N.º DE FAX				50. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				51. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			

E.- DATOS DEL PUERTO Y/O AEROPUERTO DE SALIDA

52. PUERTO DE SALIDA					53. 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

F.- DATOS DEL PUERTO Y/O AEROPUERTO DE ENTRADA

54. PUERTO DE ENTRADA	55. VÍA <input type="checkbox"/> AÉREA <input type="checkbox"/> MARÍTIMA <input type="checkbox"/> TERRESTRE
UBICACIÓN GEOGRÁFICA	
56. PAIS DE RECEPCIÓN	

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)

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

F.05-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

