

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

SOLICITUD DE INSTALACION Y FUNCIONAMIENTO DE NUEVAS AREAS EN EMPRESAS FABRICANTES NACIONALES DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)
01. DIA	02. MES	03. AÑO	

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA															
E	M	P	-												

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

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

B.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

14. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA										15. N° DE RIF					
16. TIPO DE EMPRESA															
<input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA															

C- OFICINA ADMINISTRATIVA

UBICACIÓN GEOGRÁFICA															
17. ESTADO				18. MUNICIPIO				19. CIUDAD							
20. PARROQUIA															
DIRECCIÓN															
21. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL						22. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA						23. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON			
24. PISO/PLANTA/LOCAL				25. CÓDIGO POSTAL				26. PUNTO DE REFERENCIA							
27. N° DE TELÉFONO				28. N° DE FAX				29. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				30. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			

D.- PLANTA DE PRODUCCIÓN (SI APLICA)

UBICACIÓN GEOGRÁFICA															
31. ESTADO				32. MUNICIPIO				33. CIUDAD							
34. PARROQUIA															
DIRECCIÓN															
35. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL						36. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA						37. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON			
38. PISO/PLANTA/LOCAL				39. CÓDIGO POSTAL				40. PUNTO DE REFERENCIA							
41. N° DE TELÉFONO				42. N° DE FAX				43. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				44. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			



Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud
División de Inspecciones y Tecnovigilancia**E.- ALMACEN**

UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
45. ESTADO	46. MUNICIPIO	47. CIUDAD	
48. PARROQUIA			
DIRECCIÓN			
49. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	50. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	51. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
52. PISO/PLANTA/LOCAL	53. CÓDIGO POSTAL	54. PUNTO DE REFERENCIA	
55. N° DE TELÉFONO	56. N° DE FAX	57. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	58. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

F.- SERVICIO TÉCNICO (SI APLICA)

59. TENENCIA DEL SERVICIO <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> CONTRATADO			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
60. ESTADO	61. MUNICIPIO	62. CIUDAD	
63. PARROQUIA			
DIRECCIÓN			
64. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	65. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	66. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
67. PISO/PLANTA/LOCAL	68. CÓDIGO POSTAL	69. PUNTO DE REFERENCIA	
70. N° DE TELÉFONO	71. N° DE FAX	72. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	73. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

G- OBSERVACIONES DEL PATROCINANTE 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.

FIRMA DEL PATROCINANTE**H.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)**

74. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	75. ESPECIALISTA RESPONSABLE										
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
76. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA REPOSABLE											

F.07-MEEPS-ITV-OPP-JULIO 2022

