

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

SOLICITUD POR CAMBIO DE DIRECCIÓN DE EMPRESA FABRICANTE DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD IMPORTADOS

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO						FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º 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.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA									
								E	M	P	-						
10. N.º 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.º DE TELÉFONO		21. N.º 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.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD			
								<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> E		
27. MATRÍCULA DEL M. P. P. S.				28. PROFESIÓN							
29. N.º DE TELÉFONO		30. N.º 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											
37. 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					
38. RESTRICCIONES DE USO											
<input type="checkbox"/> ADVERTENCIAS			<input type="checkbox"/> CONTRAINDICACIONES			<input type="checkbox"/> INTERACCIONES					
<input type="checkbox"/> PRECAUCIONES			<input type="checkbox"/> REACCIONES ADVERSAS			<input type="checkbox"/> NO PRESENTA					

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

39. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE											
40. DIRECCIÓN ANTERIOR											
41. DIRECCIÓN ACTUAL											

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

E.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

42. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	43. 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><td> </td><td> </td></tr></table>													
44. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE													

F.11-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022