

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

SOLICITUD DE CERTIFICADOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURAS PARA PRODUCTOS QUE REQUIEREN REGISTRO SANITARIO

										FECHA DE SOLICITUD USO INTERNO			04. N.º DE SOLICITUD USO INTERNO	
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO		
05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO														
E	M	P	-											
A.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD														
06. APELLIDOS							07. NOMBRES					08. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD		
												<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -		
09. MATRICULA DEL M. P. P. S.				10. PROFESIÓN										
11. N.º DE TELÉFONO				12. N.º DE CELULAR			13. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				14. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			
B.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE														
15. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA										16. N.º DE RIF				
17. OBJETO DE LA EMPRESA														
<input type="checkbox"/> DISTRIBUIDOR <input type="checkbox"/> EXPORTADOR <input type="checkbox"/> FABRICANTE <input type="checkbox"/> IMPORTADOR <input type="checkbox"/> SERVICIO TÉCNICO <input type="checkbox"/> ENVASADOR <input type="checkbox"/> ENSAMBLADOR														
C.- DIRECCIÓN DE LA EMPRESA SOLICITANTE														
OFICINA ADMINISTRATIVA														
UBICACIÓN GEOGRÁFICA														
18. ESTADO					19. MUNICIPIO					20. CIUDAD				
21. PARROQUIA														
DIRECCIÓN														
22. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL					23. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA					24. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON				
25. PISO/PLANTA/LOCAL			26. CÓDIGO POSTAL			27. PUNTO DE REFERENCIA								
28. N.º DE TELÉFONO			29. N.º DE FAX		30. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				31. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB					
PLANTA DE PRODUCCIÓN														
UBICACIÓN GEOGRÁFICA														
32. ESTADO					33. MUNICIPIO					34. CIUDAD				
35. PARROQUIA														
DIRECCIÓN														
36. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL					37. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA					38. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON				
39. PISO/PLANTA/LOCAL			40. CÓDIGO POSTAL			41. PUNTO DE REFERENCIA								
42. N.º DE TELÉFONO			43. N.º DE FAX		44. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				45. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB					

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

ALMACEN			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
46. ESTADO	47. MUNICIPIO	48. CIUDAD	
49. PARROQUIA			
DIRECCIÓN			
50. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		51. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	52. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON
53.PISO/PLANTA/LOCAL	54. CÓDIGO POSTAL	55. PUNTO DE REFERENCIA	
56. N° DE TELÉFONO	57. N° DE FAX	58. DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO	59. DIRECCION DE PAGINA WEB
SERVICIO TÉCNICO (SI APLICA)			
60. TENENCIA DEL SERVICIO <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> CONTRATADO			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
61. ESTADO	62. MUNICIPIO	63. CIUDAD	
64. PARROQUIA			
DIRECCIÓN			
65.URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		66. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	67. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON
68.PISO/PLANTA/LOCAL	69. CÓDIGO POSTAL	70. PUNTO DE REFERENCIA	
71. N° DE TELÉFONO	72. N° DE FAX	73. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	74. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

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

75. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	76. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
77. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	
<input type="text"/>	

F.12-MEEPS-ITV-OPP-JULIO 2022