

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 NO 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						
· DISTRIBUIDOR · EXPORTADOR · FABRICANTE · IMPORTADOR · SERVICIO TÉCNICO · ENVASADOR · ENSAMBLADOR						
C.- DATOS 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. DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO			31. DIRECCION DE PAGINA 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. DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO			45. DIRECCION DE PAGINA WEB	
ALMACEN						
UBICACIÓN GEOGRÁFICA						
46. ESTADO		47. MUNICIPIO			48. CIUDAD	
49. PARROQUIA						

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

DIRECCIÓN			
50. URBANIZACION/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 PAGINA 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
77. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE										

F.13-MEEPS-ITV-OPP-JULIO 2022