

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

### SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE 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															
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>															
11. ESTADO				12. MUNICIPIO					13. CIUDAD						
<b>DIRECCIÓN</b>															
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. MATRICULA 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												

#### D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

37. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA PLANTA FABRICANTE A INCLUIR												
<b>UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA</b>												
38. PAÍS						39. CIUDAD						
40. DIRECCIÓN												

#### E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

41. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA							42. N.º DE REGISTRO SANITARIO								
							E	M	P	-					



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

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

**F.- DATOS DEL DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO**

57. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA		58. N° REGISTRO SANITARIO					
		E	M	P	-		
59. N° DE RIF							
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>							
60. ESTADO	61. MUNICIPIO			62. CIUDAD			
<b>DIRECCIÓN</b>							
63. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			64. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		65. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		
66. PISO/PLANTA/LOCAL	67. CÓDIGO POSTAL	68. PUNTO DE REFERENCIA					
69. N° DE FAX			70. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		71. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

**G.- DATOS DEL ENVASADOR DEL PRODUCTO (SI APLICA)**

72. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	73. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA ENVASADORA		74. N° DE REGISTRO SANITARIO					
			E	M	P	-		
75. N° DE RIF								
<b>UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA</b>								
76. PAÍS	77. CIUDAD							
78. DIRECCIÓN								
79. DIRECCION DE PÁGINA WEB								

**DECLARACIÓN JURADA**

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

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)**

80. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	81. ESPECIALISTA RESPONSABLE
82. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

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