

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE PROPIETARIO DEL PRODUCTO PARA MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

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. 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. ORIGEN DE LA EMPRESA		38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE								39. N.º DE REGISTRO SANITARIO							
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA										E	M	P	-				
40. N.º DE RIF																	
UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA																	
41. PAÍS										42. CIUDAD							
43. DIRECCIÓN																	

E.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL PRODUCTO ANTERIOR

44. ORIGEN DE LA EMPRESA		45. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA								46. N.º DE REGISTRO SANITARIO							
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA										E	M	P	-				
47. N.º DE RIF																	

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

UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL PROPIETARIO	
48. PAÍS	49. CIUDAD
50. DIRECCIÓN	

F.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL PRODUCTO ACTUAL

51. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	52. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA	53. N° DE REGISTRO SANITARIO
		E M P -
54. N° DE RIF		

UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL PROPIETARIO	
55. PAÍS	56. CIUDAD
57. DIRECCIÓN	

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

G.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

58. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	59. ESPECIALISTA RESPONSABLE
60. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.15-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

