

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

## SOLICITUD DE CAMBIO DE ETIQUETA DE 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															
<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. DENOMINACIÓN 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												
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA FABRICANTE</b>												
41. PAÍS							42. CIUDAD					
43. DIRECCIÓN												

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)

44. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	45. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
46. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	
<input type="text"/>	

F.18-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022