

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

SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE PRESENTACIÓN(ES) COMERCIAL(ES) DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

05.-NUMERO DE REGISTRO SANITARIO						FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. Nº 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. Nº DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA				
E	M	P	-									
10. Nº 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. Nº DE TELÉFONO		21. Nº 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. Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD			
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -			
27. MATRÍCULA DEL M. P. P. S.		28. PROFESIÓN									
29. Nº DE TELÉFONO		30. Nº 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 A INCLUIR			
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. Nº DE REGISTRO SANITARIO				
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA								E	M	P	-	
40. Nº DE RIF												
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL						UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA						
41. ESTADO		42. MUNICIPIO		43. CIUDAD		50. PAÍS		51. CIUDAD				

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

DIRECCIÓN		52. DIRECCIÓN	
44. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	45. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		
46. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	47. PISO/PLANTA/LOCAL		
48. CÓDIGO POSTAL	49. PUNTO DE REFERENCIA		
53. N° DE TELÉFONO	54. N.º DE FAX	55. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	56. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

57. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA	58. N° DE REGISTRO SANITARIO					
	E	M	P	-		
59. N° DE RIF						

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

F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

60. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	61. ESPECIALISTA RESPONSABLE										
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
62. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE											

F.20-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

