

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**

									FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)								
			01. DÍA			02. MES			03. AÑO											
05.-NUMERO DE REGISTRO SANITARIO									06. TIPO DE PRODUCTO			07. ORIGEN DEL PRODUCTO								
P	M	P	-						<input type="checkbox"/> MATERIAL	<input type="checkbox"/> NACIONAL										
									<input type="checkbox"/> EQUIPO	<input type="checkbox"/> IMPORTADO										
<b>A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO</b>																				
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>B.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD</b>																				
24. APELLIDOS				25. NOMBRES					26. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD											
									<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> E										
27. MATRÍCULA 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									
<b>C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO</b>																				
33. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO				34. MARCA COMERCIAL					35. PRESENTACIÓN COMERCIAL A INCLUIR											
36. USO DEL PRODUCTO																				
<b>D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO</b>																				
37. ORIGEN DE LA EMPRESA		38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE										39. N.º DE REGISTRO SANITARIO								
<input type="checkbox"/> NACIONAL												E	M	P	-					
<input type="checkbox"/> EXTRANJERA																				
40. N.º DE RIF																				
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL</b>										<b>UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA</b>										
41. ESTADO			42. MUNICIPIO			43. CIUDAD				50. PAÍS			51. CIUDAD							

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.º DE TELÉFONO	54. N.º DE FAX	55. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	56. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB						
<b>E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO</b>									
57. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA		58. N.º DE REGISTRO SANITARIO							
		E	M	P	-				
59. N.º DE RIF									

#### DECLARACIÓN JURADA

Yo, \_\_\_\_\_ portador de la Cédula de identidad N.º \_\_\_\_\_, 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

<b>F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)</b>	
60. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	61. ESPECIALISTA RESPONSABLE
62. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

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