

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

SOLICITUD DE EXCLUSIÓN 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. MATRICULA 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					
36. PRESENTACION COMERCIAL A EXCLUIR										37. USO DEL PRODUCTO							

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

38. ORIGEN DE LA EMPRESA				39. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE										40. Nº DE REGISTRO SANITARIO					
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA														E M P -					
41. Nº DE RIF																			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL										UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA									
42. ESTADO				43. MUNICIPIO				44. CIUDAD				51. PAÍS				52. CIUDAD			

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

DIRECCIÓN				53. DIRECCIÓN					
45. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			46. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA						
47. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			48. PISO/PLANTA/LOCAL						
49. CÓDIGO POSTAL		50. PUNTO DE REFERENCIA							
54. N° DE TELÉFONO		55. N.º DE FAX		56. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		57. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

58. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA						59. N° DE REGISTRO SANITARIO					
						E M P -					
60. 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)

61. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO								62. ESPECIALISTA RESPONSABLE			
63. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE											

F.21-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022