

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				

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