

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

SOLICITUD DE AGOTAMIENTO DE ENVASE/EMPAQUE DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

										FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. Nº 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"/> 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						

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

36. ORIGEN DE LA EMPRESA				37. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE										38. Nº DE REGISTRO SANITARIO								
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA														E	M	P	-					
39. Nº DE RIF																						

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

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

40. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA	41. N° DE REGISTRO SANITARIO						
	E	M	P	-			
42. N° DE RIF							

F.- DATOS DE LA PRESENTACIÓN DEL PRODUCTO (EMPAQUE O ENVASE)

43. TIPO DE MATERIAL DEL EMPAQUE Ó ENVASE QUE DESEA AGOTAR	44. TIEMPO DEL MATERIAL DEL EMPAQUE Ó ENVASE QUE DESEA AGOTAR	45. NÚMERO DE LOTE	46. UNIDAD DE MEDIDA

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

G.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

47. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	48. ESPECIALISTA RESPONSABLE
49. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.25-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022