

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. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)		
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO			
05.- NUMERO DE REGISTRO SANITARIO										06. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO			07. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO		
P	M	P	-												

A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO

08. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO										09. N° DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA		
										E	M	P
10. N° 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. N° DE TELÉFONO			21. N° 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. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -		
27. MATRICULA DEL M. P. P. S.			28. PROFESIÓN									
29. N° DE TELÉFONO			30. N° 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 <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA			37. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE							38. N° DE REGISTRO SANITARIO				
E	M	P	-											
39. N° 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