SOLICITUD DE COPIA CERTIFICADA

FECHA DE SOLICITUD **(USO INTERNO)**			04. N° DE SOLICITUD **(USO INTERNO)**
01. DÍA	02. MES	03. AÑO	

05. DOCUMENTO A CERTIFICAR
☐ REGISTRO SANITARIO PMP ☐ RENOVACION DE PMP ☐ INCLUSION DE IMPORTADOR
☐ OTRO ESPECIFIQUE:_____

A.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

06. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA	07. N° DE REGISTRO SANITARIO **E M P -**
08. N° DE RIF	

09. N° DE TELÉFONO	10. N° DE FAX	11. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	12. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

B. DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO

13. APELLIDOS	14. NOMBRES	15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD ☐ V ☐ E -
16. N° DE MATRICULA DEL M.P.P.S.	17. PROFESIÓN	

18. N° DE TELÉFONO	19. N° DE CELULAR	20. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ portador de la Cédula de identidad N° _____, actuando en mi carácter de patrocianante, 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

C.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

21. ESPECIALISTA RESPONSABLE	22. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA REPONSABLE

F.28-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022