

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

SOLICITUD DE CAMBIO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

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

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO		06. TIPO DE PRODUCTO												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">P</td> <td style="width: 5%;">M</td> <td style="width: 5%;">P</td> <td style="width: 5%;">-</td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>		P	M	P	-							<input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO		
P	M	P	-											
07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO				08. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL PRODUCTO										
09. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE DEL PRODUCTO			10. PAÍS											
11. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO		12. N° RIF		13. N° DE REGISTRO SANITARIO										
				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">E</td> <td style="width: 5%;">M</td> <td style="width: 5%;">P</td> <td style="width: 5%;">-</td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>	E	M	P	-						
E	M	P	-											

B. DATOS DEL PATROCINANTE ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

14. APELLIDOS		15. NOMBRES		16. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD							
				<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -							
17. N° DE MATRICULA DEL M.P.P.S.		18. PROFESIÓN									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>											
19. N° DE TELÉFONO		20. N° DE CELULAR		21. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO							

C.- DATOS DE LA NUEVA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDOR QUE RECIBIRA LA TITULARIDAD DE REGISTRO SANITARIO

22. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA				23. N° DE REGISTRO SANITARIO											
				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">E</td> <td style="width: 5%;">M</td> <td style="width: 5%;">P</td> <td style="width: 5%;">-</td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>		E	M	P	-						
E	M	P	-												
24. N° DE RIF															
25. N° DE TELÉFONO		26. N° DE FAX	27. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		28. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB										

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

D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

29. ESPECIALISTA RESPONSABLE	30. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE
------------------------------	--

F.06-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

