

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE DENOMINACIÓN COMERCIAL DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO										FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º 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			<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. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA								
										E	M	P	-					
10. N.º 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.º DE TELÉFONO			21. N.º 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.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD										
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -										
27. MATRICULA DEL M. P. P. S.			28. PROFESIÓN															
29. N.º DE TELÉFONO			30. N.º DE CELULAR			31. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			32. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB									
C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO																		
33. DENOMINACION DEL PRODUCTO ANTERIOR				34. MARCA COMERCIAL				35. PRESENTACION COMERCIAL										
36. DENOMINACION DEL PRODUCTO ACTUAL				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. N.º DE REGISTRO SANITARIO								
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA										E	M	P	-					
41. N.º DE RIF																		
UBICACIÓN GEOGRAFICA DE LA EMPRESA FABRICANTE																		
42. PAÍS							43. CIUDAD											
44. DIRECCIÓN																		

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

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

J.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

45. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	46. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
47. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	
<input type="text"/>	

F.07-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022