

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE ENVASE/EMPAQUE SECUNDARIO DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

05.-NUMERO DE REGISTRO SANITARIO						FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° 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° 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			
36. USO DEL PRODUCTO											

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

37. ORIGEN DE LA EMPRESA		38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE						39. N° DE REGISTRO SANITARIO				
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA								E	M	P	-	
40. N° DE RIF												
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL						UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA						
41. ESTADO		42. MUNICIPIO		43. CIUDAD		50. PAÍS			51. CIUDAD			
DIRECCIÓN												
44. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				45. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA								
46. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN				47. PISO/PLANTA/LOCAL								
48. CÓDIGO POSTAL		49. PUNTO DE REFERENCIA										
53. N° DE TELÉFONO		54. N.º DE FAX		55. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				56. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB				

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

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

57. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA	58. N° DE REGISTRO SANITARIO						
	E	M	P	-			
59. N° DE RIF							

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

60. TIPO DE MATERIAL DEL EMPAQUE O ENVASE PRIMARIO QUE ESTA EN CONTACTO DIRECTO CON EL PRODUCTO	61. CONTENIDO NETO DEL ENVASE.	62. UNIDAD DE MEDIDA
63. ¿POSEE EMPAQUE O ENVASE SECUNDARIO? <input type="checkbox"/> SI · <input type="checkbox"/> NO	64. DESCRIPCIÓN DEL EMPAQUE O ENVASE SECUNDARIO	65. DESCRIPCIÓN DEL EMPAQUE SECUNDARIO PROPUESTO

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)

66. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	67. ESPECIALISTA RESPONSABLE
68. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.08-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

