

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

## SOLICITUD DE CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE PARA MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD IMPORTADOS

										FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)			
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO				
05. NÚMERO 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.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA			
										E	M	P	-
10. N.º DE RIF													
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>													
11. ESTADO				12. MUNICIPIO					13. CIUDAD				
<b>DIRECCIÓN</b>													
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. MATRÍCULA 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					34. MARCA COMERCIAL					35. PRESENTACION COMERCIAL			
36. USO DEL PRODUCTO													

### D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO ANTERIOR

37. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA			38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE										39. N.º DE REGISTRO SANITARIO			
40. N.º DE RIF																
<b>UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA</b>																
41. PAÍS										42. CIUDAD						
43. DIRECCIÓN																

### E.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO ACTUAL



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

44. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	45. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE	46. N° DE REGISTRO SANITARIO						
		E	M	P	-			
47. N° DE RIF								
<b>UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA</b>								
48. PAÍS						49. CIUDAD		
50. DIRECCIÓN								

### 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**

#### F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

51. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	52. ESPECIALISTA RESPONSABLE										
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
53. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE											

F.12-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

