

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

SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE FABRICANTE DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD IMPORTADOS

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					34. MARCA COMERCIAL					35. PRESENTACION COMERCIAL				
36. USO DEL PRODUCTO														

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

37. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA PLANTA FABRICANTE A INCLUIR														
UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA														
38. PAÍS					39. CIUDAD									
40. DIRECCIÓN														

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

41. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA										42. N.º DE REGISTRO SANITARIO								
										E	M	P	-					



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

43. N° DE RIF			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
44. ESTADO	45. MUNICIPIO		46. CIUDAD
DIRECCIÓN			
47. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		48. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	49. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN
50. PISO/PLANTA/LOCAL	51. CÓDIGO POSTAL	52. PUNTO DE REFERENCIA	
53. N° DE TELÉFONO	54. N° DE FAX	55. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	56. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

F.- DATOS DEL DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO

57. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA							58. N° REGISTRO SANITARIO									
							E	M	P	-						
59. N° DE RIF																
UBICACIÓN GEOGRÁFICA																
60. ESTADO				61. MUNICIPIO					62. CIUDAD							
DIRECCIÓN																
63. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL					64. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA					65. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN						
66. PISO/PLANTA/LOCAL			67. CÓDIGO POSTAL			68. PUNTO DE REFERENCIA										
69. N° DE FAX					70. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO					71. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB						

G.- DATOS DEL ENVASADOR DEL PRODUCTO (SI APLICA)

72. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA		73. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA ENVASADORA							74. N° DE REGISTRO SANITARIO									
									E	M	P	-						
75. N° DE RIF																		
UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA																		
76. PAÍS				77. CIUDAD														
78. DIRECCIÓN																		
79. DIRECCION DE PÁGINA WEB																		

DECLARACIÓN JURADA



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

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

H.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

80. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	81. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
82. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	
<input type="text"/>	

F.13-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

