

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE PROPIETARIO DEL PRODUCTO PARA MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO P M P -										FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)			
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO				
06. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO										07. ORIGEN DEL PRODUCTO <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. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO				34. MARCA COMERCIAL				35. PRESENTACION COMERCIAL					
36. USO DEL PRODUCTO													

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

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 E M P -				
40. N.º DE RIF													
UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA													
41. PAÍS								42. CIUDAD					
43. DIRECCIÓN													

E.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL PRODUCTO ANTERIOR

44. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA			45. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA						46. N.º DE REGISTRO SANITARIO E M P -				
47. N.º DE RIF													

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

UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL PROPIETARIO	
48. PAÍS	49. CIUDAD
50. DIRECCIÓN	

F.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL PRODUCTO ACTUAL

51. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	52. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA	53. N° DE REGISTRO SANITARIO E M P -
------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------

54. N° DE RIF

UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL PROPIETARIO	
55. PAÍS	56. CIUDAD
57. 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

G.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

58. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	59. ESPECIALISTA RESPONSABLE
60. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.15-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022