

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

### E.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL PRODUCTO ANTERIOR

44. ORIGEN DE LA EMPRESA						45. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA						46. N.º DE REGISTRO SANITARIO								
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA												<b>E</b>	<b>M</b>	<b>P</b>	-					
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. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	59. ESPECIALISTA RESPONSABLE
60. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.16-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022