

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE FÓRMULA QUE NO INVOLUCRE SUSTITUCION DEL PRINCIPIO ACTIVO Y NO AFECTE LA FINALIDAD DE USO DEL MATERIAL

										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			07. ORIGEN DEL PRODUCTO				
P	M	P	-							<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																	
37. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO																	
<input type="checkbox"/> MÉDICO				<input type="checkbox"/> MÉDICO QUIRURGICO				<input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO				<input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO					
<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO				<input type="checkbox"/> ESTÉTICO				<input type="checkbox"/> MISCELANEO									
38. RESTRICCIONES DE USO																	
<input type="checkbox"/> ADVERTENCIAS				<input type="checkbox"/> CONTRAINDICACIONES				<input type="checkbox"/> INTERACCIONES									
<input type="checkbox"/> PRECAUCIONES				<input type="checkbox"/> REACCIONES ADVERSAS				<input type="checkbox"/> NO PRESENTA									
D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO																	
39. ORIGEN DE LA EMPRESA		40. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE								41. N.º DE REGISTRO SANITARIO							
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA										E	M	P	-				
42. N.º DE RIF																	



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

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

43. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA	44. N° DE REGISTRO SANITARIO						
	E	M	P	-			
45. N° DE RIF							

F.- DATOS DEL DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO

46. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA	47. N° REGISTRO SANITARIO						
	E	M	P	-			
48. N° DE RIF							

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

49. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	50. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA ENVASADORA	51. N° DE REGISTRO SANITARIO						
		E	M	P	-			
52. N° DE RIF								

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

I.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

53. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	54. 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>											
55. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE											

F.17-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

