

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

## SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE PRESENTACIÓN(ES) COMERCIAL(ES) DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

05.-NUMERO DE REGISTRO SANITARIO						FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. Nº 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. Nº DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA			
E	M	P	-								
10. Nº 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. Nº DE TELÉFONO		21. Nº 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. Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD			
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -			
27. MATRICULA DEL M. P. P. S.		28. PROFESIÓN									
29. Nº DE TELÉFONO		30. Nº 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 A INCLUIR			
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. Nº DE REGISTRO SANITARIO							
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA								E	M	P	-				
40. Nº DE RIF															
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL</b>						<b>UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA</b>									
41. ESTADO		42. MUNICIPIO		43. CIUDAD		50. PAÍS		51. CIUDAD							

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

<b>DIRECCIÓN</b>			52. DIRECCIÓN		
44. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		45. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			
46. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		47. PISO/PLANTA/LOCAL			
48. CÓDIGO POSTAL		49. PUNTO DE REFERENCIA			
53. N° DE TELÉFONO		54. N.º DE FAX		55. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
56. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB					

**E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO**

57. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA							58. N° DE REGISTRO SANITARIO								
							E	M	P	-					
59. 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**

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

60. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO										61. ESPECIALISTA RESPONSABLE				
62. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE														

F.20-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022