

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

SOLICITUD DE EXCLUSION 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											
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. 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			
36. PRESENTACION COMERCIAL A EXCLUIR						37. USO DEL PRODUCTO					

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

38. ORIGEN DE LA EMPRESA		39. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE						40. Nº DE REGISTRO SANITARIO					
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA								E	M	P	-		
41. Nº DE RIF													
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL						UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA							
42. ESTADO		43. MUNICIPIO		44. CIUDAD		51. PAÍS		52. CIUDAD					



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

DIRECCIÓN				53. DIRECCIÓN	
45. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		46. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			
47. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		48. PISO/PLANTA/LOCAL			
49. CÓDIGO POSTAL	50. PUNTO DE REFERENCIA				
54. N° DE TELÉFONO	55. N.º DE FAX	56. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		57. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

58. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA						59. N° DE REGISTRO SANITARIO					
						E M P -					
60. 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)

61. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO								62. ESPECIALISTA RESPONSABLE			
63. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE											

F.21-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

