

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

## SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DE EMPRESA IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

	FECHA DE SOLICITUD <b>(USO INTERNO)</b>	04. N° DE SOLICITUD <b>(USO INTERNO)</b>
	01. DÍA    02. MES    03. AÑO	

### A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	06. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">P</td><td style="width: 20px;">M</td><td style="width: 20px;">P</td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>	P	M	P	-																	
P	M	P	-																		
07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO	08. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL PRODUCTO																				
09. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE DEL PRODUCTO																					
11. PAÍS																					
10. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO	11. N° RIF																				
12. N° DE REGISTRO SANITARIO																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">E</td><td style="width: 20px;">M</td><td style="width: 20px;">P</td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>		E	M	P	-																
E	M	P	-																		

### B. DATOS DEL PATROCINANTE ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

13. APELLIDOS	14. NOMBRES	15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -																				
16. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.	17. PROFESIÓN																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																						
18. N° DE TELÉFONO	19. N° DE CELULAR	20. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO																				

### C.- DATOS DE LA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDOR A EXCLUIR

21. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA	22. N° DE REGISTRO SANITARIO																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">E</td><td style="width: 20px;">M</td><td style="width: 20px;">P</td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>	E	M	P	-																
E	M	P	-																		
23. N° DE RIF																					
24. N° DE TELÉFONO	25. N° DE FAX	26. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	27. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB																		

### 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**

### D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

28. ESPECIALISTA RESPONSABLE	29. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE
------------------------------	--

F.23-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

