

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

## SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DE PRODUCTOS MANUFACTURADOS EN EMPRESAS FABRICANTES NACIONALES DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO P M P -										FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)	
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO		
06. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO										07. ORIGEN DEL PRODUCTO <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														
<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 A EXCLUIR EN EL PROCESO DE MANUFACTURA

33. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO					34. MARCA COMERCIAL					35. PRESENTACIÓN COMERCIAL				
36. USO DEL PRODUCTO														

### D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

37. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL FABRICANTE										38. N.º DE REGISTRO SANITARIO E M P -				
39. 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 GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL			
40. ESTADO		41. MUNICIPIO	42. CIUDAD
DIRECCIÓN			
43. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		44. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	
45. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		46. PISO/PLANTA/LOCAL	
47. CÓDIGO POSTAL		48. PUNTO DE REFERENCIA	
49. N° DE TELÉFONO	50. N.º DE FAX	51. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	52. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

**E.- DATOS DEL DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO**

53. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA		54. N° REGISTRO SANITARIO	
		E M P -	
55. 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)**

56. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	57. ESPECIALISTA RESPONSABLE
58. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.24-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022