

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

SOLICITUD DE RETIRO DEL MERCADO DEL MATERIAL Y EQUIPO DE SALUD

05. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO								FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° 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			

A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO

08. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO								09. N° DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA			
E	M	P	-								
10. N° 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° DE TELÉFONO		21. N° 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° DE CÉDULA DE IDENTIDAD			
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -			
27. MATRICULA DEL M. P. P. S.		28. PROFESIÓN									
29. N° DE TELÉFONO		30. N° 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											

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

37. ORIGEN DE LA EMPRESA		38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE						39. N° DE REGISTRO SANITARIO							
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA								E	M	P	-				
40. N° DE RIF						41. PAIS									

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

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

F.- DATOS DE LA PRESENTACIÓN DEL PRODUCTO (EMPAQUE O ENVASE)

45. TIPO DE MATERIAL DEL EMPAQUE Ó ENVASE											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

--

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

G.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

46. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	47. ESPECIALISTA RESPONSABLE
48. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.26-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022