

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

## SOLICITUD DE PERMISO DE EXPORTACIÓN PARA EMPRESA DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)			
01. DÍA	02. MES	03. AÑO				

### A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO

05. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO						06. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA									
						E	M	P	-						
07. N.º DE RIF															
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>															
08. ESTADO				09. MUNICIPIO				10. CIUDAD							
<b>DIRECCIÓN</b>															
11. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				12. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA				13. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN							
14. PISO/PLANTA/LOCAL		15. CÓDIGO POSTAL		16. PUNTO DE REFERENCIA											
17. N.º DE TELÉFONO		18. N.º DE FAX		19. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				20. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB							

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

21. APELLIDOS				22. NOMBRES				23. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD					
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -					
24. MATRÍCULA DEL M. P. P. S.		25. PROFESIÓN											
26. N.º DE TELÉFONO		27. N.º DE CELULAR		28. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				29. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB					

### C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO QUE SE VA A EXPORTAR

30. DENOMINACION DEL PRODUCTO			31. MARCA COMERCIAL			32. PRESENTACION COMERCIAL			33. CANTIDAD				
34. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO			P	M	P	-						35. TIPO DE PRODUCTO	
											<input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO		

### D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

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

### E.- DATOS DEL PUERTO Y/O AEROPUERTO DE SALIDA

52. PUERTO DE SALIDA					53. VÍA				
					<input type="checkbox"/> AÉREA	<input type="checkbox"/> MARÍTIMA	<input type="checkbox"/> TERRESTRE		

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

**F.- DATOS DEL PUERTO Y/O AEROPUERTO DE ENTRADA**

54. PUERTO DE ENTRADA	55. VÍA <input type="checkbox"/> AÉREA <input type="checkbox"/> MARÍTIMA <input type="checkbox"/> TERRESTRE
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>	
56. PAIS DE RECEPCIÓN	

**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)**

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

F.05-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022