

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

SOLICITUD DE CAMBIO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)
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																																		
P	M	P	-							07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO										08. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL PRODUCTO																								
09. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE DEL PRODUCTO															10. PAÍS																													
11. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO															12. N° RIF															13. N° DE REGISTRO SANITARIO														
E	M	P	-																																									

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

14. APELLIDOS										15. NOMBRES										16. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V · E -									
17. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.										18. PROFESIÓN																			
19. N° DE TELÉFONO										20. N° DE CELULAR										21. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO									

C.- DATOS DE LA NUEVA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDOR QUE RECIBIRA LA TITULARIDAD DE REGISTRO SANITARIO

22. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA															23. N° DE REGISTRO SANITARIO																								
															E	M	P	-																					
24. N° DE RIF																																							
25. N° DE TELÉFONO										26. N° DE FAX										27. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO										28. 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)

29. ESPECIALISTA RESPONSABLE	30. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE
------------------------------	--

F.06-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022