

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE DENOMINACIÓN COMERCIAL DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

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

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													
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.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

33. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO ANTERIOR					34. MARCA COMERCIAL					35. PRESENTACION COMERCIAL			
36. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO ACTUAL							37. USO DEL PRODUCTO						

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

38. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA			39. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE							40. N.º DE REGISTRO SANITARIO			
E	M	P	-										
41. N.º DE RIF													
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA FABRICANTE													
42. PAÍS								43. CIUDAD					
44. DIRECCIÓN													

DECLARACIÓN JURADA

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

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

J.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

45. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	46. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
47. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	
<input type="text"/>	

F.07-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022