

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE ENVASE/EMPAQUE SECUNDARIO DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

05.-NUMERO DE REGISTRO SANITARIO										FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. Nº 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		<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. Nº DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA									
										E	M	P	-						
10. Nº 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. Nº DE TELÉFONO			21. Nº 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. Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD					
												<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -					
27. MATRÍCULA DEL M. P. P. S.			28. PROFESIÓN														
29. Nº DE TELÉFONO			30. Nº 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. Nº DE REGISTRO SANITARIO								
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA												E	M	P	-					
40. Nº DE RIF																				
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL									UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA											
41. ESTADO			42. MUNICIPIO			43. CIUDAD			50 PAÍS			51. CIUDAD								
DIRECCIÓN																				
44. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL						45. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA						52. DIRECCIÓN								
46. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN						47. PISO/PLANTA/LOCAL														
48. CÓDIGO POSTAL			49. PUNTO DE REFERENCIA																	
53. Nº DE TELÉFONO			54. Nº DE FAX			55. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			56. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB											

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

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

57. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA	58. N° DE REGISTRO SANITARIO						
	E	M	P	-			
59. N° DE RIF							

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

60. TIPO DE MATERIAL DEL EMPAQUE O ENVASE PRIMARIO QUE ESTA EN CONTACTO DIRECTO CON EL PRODUCTO	61. CONTENIDO NETO DEL ENVASE.	62. UNIDAD DE MEDIDA
63. ¿POSEE EMPAQUE O ENVASE SECUNDARIO? <input type="checkbox"/> SI · <input type="checkbox"/> NO	64. DESCRIPCIÓN DEL EMPAQUE O ENVASE SECUNDARIO	65. DESCRIPCIÓN DEL EMPAQUE SECUNDARIO PROPUESTO

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)

66. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	67. ESPECIALISTA RESPONSABLE
68. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.08-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

