

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

## SOLICITUD DE CAMBIO DE ENVASE/EMPAQUE PRIMARIO DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

		FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)	
		01. DÍA	02. MES	03. AÑO		
05.- NUMERO DE REGISTRO SANITARIO					06. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO	
P	M	P	-			
					07. ORIGEN DEL PRODUCTO <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. N° DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA								
						E	M	P	-					
10. N° DE RIF														
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>														
11. ESTADO				12. MUNICIPIO				13. CIUDAD						
<b>DIRECCIÓN</b>														
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 <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA		38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE						39. N° DE REGISTRO SANITARIO									
								E	M	P	-						
40. N° DE RIF																	
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL</b>												<b>UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA</b>					
41. ESTADO		42. MUNICIPIO		43. CIUDAD		44. PAÍS		45. CIUDAD									
46. DIRECCIÓN:																	
47. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL						48. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA											



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

49. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		50. PISO/PLANTA/LOCAL	
51. CÓDIGO POSTAL	52. PUNTO DE REFERENCIA		
53. N° DE TELÉFONO	54. N° DE FAX	55. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	56. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

**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 PRIMARIO APROBADO	61. TIPO DE MATERIAL DEL EMPAQUE PRIMARIO PROPUESTO	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	

**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)**

65. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	66. ESPECIALISTA RESPONSABLE
67. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.09-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022