

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

SOLICITUD DE CERTIFICADOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURAS PARA PRODUCTOS QUE REQUIEREN REGISTRO SANITARIO

										FECHA DE SOLICITUD USO INTERNO			04. N.º DE SOLICITUD USO INTERNO	
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO		
05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO														
E	M	P	-											

A.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD												
06. APELLIDOS						07. NOMBRES				08. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD		
										<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -		
09. MATRICULA DEL M. P. P. S.			10. PROFESIÓN									
11. N.º DE TELÉFONO			12. N.º DE CELULAR			13. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			14. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			

B.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE												
15. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA							16. N.º DE RIF					
17. OBJETO DE LA EMPRESA												
<input type="checkbox"/> DISTRIBUIDOR <input type="checkbox"/> EXPORTADOR <input type="checkbox"/> FABRICANTE <input type="checkbox"/> IMPORTADOR <input type="checkbox"/> SERVICIO TÉCNICO <input type="checkbox"/> ENVASADOR <input type="checkbox"/> ENSAMBLADOR												

C.- DIRECCIÓN DE LA EMPRESA SOLICITANTE												
OFICINA ADMINISTRATIVA												
UBICACIÓN GEOGRÁFICA												
18. ESTADO				19. MUNICIPIO					20. CIUDAD			
21. PARROQUIA												
DIRECCIÓN												
22. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				23. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA				24. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON				
25. PISO/PLANTA/LOCAL		26. CÓDIGO POSTAL			27. PUNTO DE REFERENCIA							
28. N.º DE TELÉFONO		29. N.º DE FAX		30. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				31. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB				
PLANTA DE PRODUCCIÓN												
UBICACIÓN GEOGRÁFICA												
32. ESTADO				33. MUNICIPIO					34. CIUDAD			
35. PARROQUIA												
DIRECCIÓN												
36. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				37. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA				38. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON				
39. PISO/PLANTA/LOCAL		40. CÓDIGO POSTAL			41. PUNTO DE REFERENCIA							
42. N.º DE TELÉFONO		43. N.º DE FAX		44. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				45. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB				

ALMACEN												
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



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

UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
46. ESTADO	47. MUNICIPIO	48. CIUDAD	
49. PARROQUIA			
DIRECCIÓN			
50. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	51. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		52. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON
53. PISO/PLANTA/LOCAL	54. CÓDIGO POSTAL	55. PUNTO DE REFERENCIA	
56. N° DE TELÉFONO	57. N° DE FAX	58. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	59. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB
SERVICIO TÉCNICO (SI APLICA)			
60. TENENCIA DEL SERVICIO <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> CONTRATADO			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
61. ESTADO	62. MUNICIPIO	63. CIUDAD	
64. PARROQUIA			
DIRECCIÓN			
65. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	66. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		67. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON
68. PISO/PLANTA/LOCAL	69. CÓDIGO POSTAL	70. PUNTO DE REFERENCIA	
71. N° DE TELÉFONO	72. N° DE FAX	73. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	74. 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)

75. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	76. ESPECIALISTA RESPONSABLE
77. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.12-MEEPS-ITV-OPP-JULIO 2022