

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 NO 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					
· DISTRIBUIDOR · EXPORTADOR · FABRICANTE · IMPORTADOR · SERVICIO TÉCNICO · ENVASADOR · ENSAMBLADOR					

C.- DATOS 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					
UBICACIÓN GEOGRÁFICA					
46. ESTADO		47. MUNICIPIO		48. CIUDAD	
49. PARROQUIA					

DIRECCIÓN					
------------------	--	--	--	--	--



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

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 · 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. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO										76. ESPECIALISTA RESPONSABLE	
77. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE											

F.13-MEEPS-ITV-OPP-JULIO 2022