

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

SOLICITUD DE INSTALACION Y FUNCIONAMIENTO DE NUEVAS AREAS EN EMPRESAS FABRICANTES NACIONALES DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)											
01. DIA	02. MES	03. AÑO												
05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA														
E	M	P	-											

A.- DATOS DEL PATROCINANTE AUTORIZADO POR LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

06. APELLIDOS				07. NOMBRES				08. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD			
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -			
09. MATRICULA DEL M. P. P. S.			10. PROFESIÓN								
11. N° DE TELÉFONO				12. N° DE TELÉFONO MÓVIL				13. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			

B.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

14. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA				15. N° DE RIF			
16. TIPO DE EMPRESA							
<input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA							

C.- OFICINA ADMINISTRATIVA

UBICACIÓN GEOGRÁFICA					
17. ESTADO		18. MUNICIPIO		19. CIUDAD	
20. PARROQUIA					
DIRECCIÓN					
21. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		22. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		23. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
24. PISO/PLANTA/LOCAL	25. CÓDIGO POSTAL	26. PUNTO DE REFERENCIA			
27. N° DE TELÉFONO	28. N° DE FAX		29. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		30. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

D.- PLANTA DE PRODUCCIÓN (SI APLICA)

UBICACIÓN GEOGRÁFICA					
31. ESTADO		32. MUNICIPIO		33. CIUDAD	
34. PARROQUIA					
DIRECCIÓN					
35. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		36. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		37. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
38. PISO/PLANTA/LOCAL	39. CÓDIGO POSTAL	40. PUNTO DE REFERENCIA			
41. N° DE TELÉFONO	42. N° DE FAX		43. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		44. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

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

E.- ALMACEN

UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
45. ESTADO	46. MUNICIPIO	47. CIUDAD	
48. PARROQUIA			
DIRECCIÓN			
49. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	50. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	51. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
52. PISO/PLANTA/LOCAL	53. CÓDIGO POSTAL	54. PUNTO DE REFERENCIA	
55. N° DE TELÉFONO	56. N° DE FAX	57. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	58. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

F.- SERVICIO TÉCNICO (SI APLICA)

59. TENENCIA DEL SERVICIO <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> CONTRATADO			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
60. ESTADO	61. MUNICIPIO	62. CIUDAD	
63. PARROQUIA			
DIRECCIÓN			
64. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	65. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	66. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
67. PISO/PLANTA/LOCAL	68. CÓDIGO POSTAL	69. PUNTO DE REFERENCIA	
70. N° DE TELÉFONO	71. N° DE FAX	72. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	73. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

G- OBSERVACIONES DEL PATROCINANTE ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

--

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

H.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

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

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