

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

## SOLICITUD DE CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

		FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)										
		01. DÍA	02. MES	03. AÑO											
05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO					06. TIPO DE PRODUCTO			07. ORIGEN DEL PRODUCTO							
P	M	P	-								<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. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA						
E	M	P	-											
10. N.º 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.º DE TELÉFONO			21. N.º 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.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD						
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -						
27. MATRÍCULA DEL M. P. P. S.			28. PROFESIÓN											
29. N.º DE TELÉFONO			30. N.º 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. N.º DE REGISTRO SANITARIO							
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA											E	M	P	-				
40. N.º DE RIF																		
<b>UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA</b>																		
41. PAÍS								42. CIUDAD										
43. DIRECCIÓN																		

### E.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL PRODUCTO ANTERIOR

44. ORIGEN DE LA EMPRESA			45. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA								46. N.º DE REGISTRO SANITARIO							
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA											E	M	P	-				
47. N.º DE RIF																		

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

UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL PROPIETARIO	
48. PAÍS	49. CIUDAD
50. DIRECCIÓN	

**F.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL PRODUCTO ACTUAL**

51. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	52. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA	53. N° DE REGISTRO SANITARIO
		E M P -

54. N° DE RIF

UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL PROPIETARIO	
55. PAÍS	56. CIUDAD
57. DIRECCIÓN	

**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)**

58. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	59. ESPECIALISTA RESPONSABLE
60. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.16-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022