

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

SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE REGISTRO SANITARIO DEL MATERIAL Y EQUIPO DE SALUD

| | | | |
|-------------------------------------|---------|---------|--------------------------------------|
| FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO) | | | 04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO) |
| 01. DÍA | 02. MES | 03. AÑO | |

05. DOCUMENTO A CANCELAR
 REGISTRO SANITARIO PMP RENOVACION DE PMP · INCLUSION DE IMPORTADOR OTRO ESPECIFIQUE: _____

A.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------------|--|--|-------------------------------------|------------------------------|---|-----------------------------|---|--|--|--|--|
| 06. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA | | | | | | | 07. N° DE REGISTRO SANITARIO | | | | | | | |
| | | | | | | | E | M | P | - | | | | |
| 08. N° DE RIF | | | | | | | | | | | | | | |
| 09. N° DE TELÉFONO | | | 10. N° DE FAX | | | 11. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | | | 12. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB | | | | | |

B. DATOS DEL PATROCINANTE TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|---------------|-------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|
| 13. APELLIDOS | | | | 14. NOMBRES | | | | 15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD | | | | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> V · <input type="checkbox"/> E | | | | |
| 16. N° DE MATRICULA DEL M.P.P.S. | | | 17. PROFESIÓN | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 18. N° DE TELÉFONO | | | | 19. N° DE CELULAR | | | | 20. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

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)

| | |
|------------------------------|--|
| 21. ESPECIALISTA RESPONSABLE | 22. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE |
| | |

F.02-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022