

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

SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE PRESENTACIÓN(ES) COMERCIAL(ES) DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

		FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)											
		01. DÍA	02. MES	03. AÑO												
05.-NUMERO 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° DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA								
								E	M	P	-					
10. N° DE RIF																
UBICACIÓN GEOGRÁFICA																
11. ESTADO				12. MUNICIPIO				13. CIUDAD								
DIRECCIÓN																
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° DE TELÉFONO		21. N° 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° DE CÉDULA DE IDENTIDAD								
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -								
27. MATRICULA DEL M. P. P. S.		28. PROFESIÓN														
29. N° DE TELÉFONO		30. N° 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 A INCLUIR								
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° DE REGISTRO SANITARIO								
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA								E	M	P	-					
40. N° DE RIF																
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL						UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA										
41. ESTADO		42. MUNICIPIO		43. CIUDAD		50. PAÍS		51. CIUDAD								

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

DIRECCIÓN			52. DIRECCIÓN				
44. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		45. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA					
46. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		47. PISO/PLANTA/LOCAL					
48. CÓDIGO POSTAL	49. PUNTO DE REFERENCIA						
53. N° DE TELÉFONO	54. N.º DE FAX	55. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		56. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

57. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA						58. N° DE REGISTRO SANITARIO									
						E	M	P	-						
59. N° DE RIF															

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

F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

60. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO								61. ESPECIALISTA RESPONSABLE							
62. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE															

F.20-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022