

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

SOLICITUD DE ANULACIÓN Y CORRECCIÓN DE OFICIO

FECHA DE SOLICITUD USO INTERNO			04. N° DE SOLICITUD
01. DÍA	02. MES	03. AÑO	

05. DOCUMENTO A ANULAR O CORREGIR:

REGISTRO SANITARIO EMPRESA RENOVACION DE EMPRESA OTRO ESPECIFIQUE: _____

A.- DATOS DEL PATROCINANTE DE 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 CELULAR	13. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		14. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

B. DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

15. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	
16. RIF	17. N° DE REGISTRO SANITARIO EMP

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

C.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

18. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	19. ESPECIALISTA RESPONSABLE
20. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

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