SOLICITUD DE ANULACIÓN Y CORRECCIÓN DE OFICIO

FECHA DE SOLICITUD **(USO INTERNO)**			04. N.º DE SOLICITUD **(USO INTERNO)**
01. DÍA	02. MES	03. AÑO	

05. DOCUMENTO A ANULAR O CORREGIR:	06. TIPO DE PRODUCTO	07. ORIGEN DEL PRODUCTO
☐ REGISTRO SANITARIO PMP ☐ RENOVACION DE PMP ☐ INCLUSION DE IMPORTADOR ☐ OTRO ESPECIFIQUE:_____	☐ MATERIAL ☐ EQUIPO	☐ NACIONAL ☐ IMPORTADO

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

08. APELLIDOS	09. NOMBRES	10. Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD
		☐V ☐E -

11. MATRICULA DEL M. P. P. S.	12. PROFESIÓN

13. Nº DE TELÉFONO	14. Nº DE CELULAR	15. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	16. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

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

B.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

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

F.27-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022