

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE DENOMINACIÓN COMERCIAL DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO										FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)	
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO		
P	M	P	-							06. TIPO DE PRODUCTO			07. ORIGEN DEL PRODUCTO	
										☐ MATERIAL ☐ EQUIPO			☐ NACIONAL ☐ 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														
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.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				
										☐ V ☐ 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. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO ANTERIOR					34. MARCA COMERCIAL					35. PRESENTACIÓN COMERCIAL				
36. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO ACTUAL					37. USO DEL PRODUCTO									

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

38. ORIGEN DE LA EMPRESA			39. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE							40. N.º DE REGISTRO SANITARIO							
☐ NACIONAL ☐ EXTRANJERA										E	M	P	-				
41. N.º DE RIF																	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA FABRICANTE																	
42. PAÍS										43. CIUDAD							
44. DIRECCIÓN																	

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

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

J.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

45. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	46. ESPECIALISTA RESPONSABLE										
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
47. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE											

F.07-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022