

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE EMPRESA FABRICANTE DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD NACIONALES O IMPORTADOS

		FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)
		01. DÍA	02. MES	03. AÑO	
05. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO		06. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO			

A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO

07. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO				08. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA			
				E	M	P	-
09. N.º DE RIF							
DIRECCIÓN							
10. N.º DE TELÉFONO		11. N.º DE FAX		12. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		13. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	

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

14. APELLIDOS		15. NOMBRES		16. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD			
				<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -			
17. MATRÍCULA DEL M. P. P. S.		18. PROFESIÓN					
19. N.º DE TELÉFONO		20. N.º DE CELULAR		21. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		22. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	

C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

23. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO		24. MARCA COMERCIAL		25. PRESENTACIÓN COMERCIAL			
26. USO DEL PRODUCTO				27. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO			
				P	M	P	-

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO ACTUAL

28. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE	
UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA	
29. PAÍS	30. CIUDAD
31. DIRECCIÓN	

E.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO A CAMBIAR

32. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE	
UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA	
33. PAÍS	34. CIUDAD
35. DIRECCIÓN	



@sacs_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria



Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.



Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos y 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)

36. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	37. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<div></div>	
38. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.10-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022



@sacs_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria



*Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.*

