



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

SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DE EMPRESA FABRICANTE DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

				FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)				
01. DÍA		02. MES		03. AÑO							
05. NÚMERO 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.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 CEDULA DE IDENTIDAD		
									<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -		
27. MATRICULA 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. DENOMINACION DEL PRODUCTO				34. MARCA COMERCIAL				35. PRESENTACION COMERCIAL			
36. USO DEL PRODUCTO											



@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.





Ministerio del Poder Popular para la

SALUDServicio Autónomo
de Contraloría Sanitaria**sacs**Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos y Establecimientos de Salud
División de Materiales y Equipos de Salud**D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO QUE DESEA EXCLUIR**

37. ORIGEN DE LA EMPRESA	38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE A EXCLUIR	39. N.º DE REGISTRO SANITARIO
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA		E M P -
40. N.º DE RIF		
UBICACIÓN GEOGRAFICA DE LA EMPRESA FABRICANTE A EXCLUIR		
41. PAÍS	42. CIUDAD	
43. DIRECCIÓN		

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ portador de la Cédula de identidad N.º _____, 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**E.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)**

44. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	45. ESPECIALISTA RESPONSABLE
46. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.14-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.