



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

SOLICITUD DE CAMBIO DE ETIQUETA 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"/> NACIONAL				
									<input type="checkbox"/> EQUIPO	<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 CÉDULA DE IDENTIDAD								
						<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> 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			34. MARCA COMERCIAL			35. PRESENTACIÓN COMERCIAL								
36. USO DEL PRODUCTO														
D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO														
37. ORIGEN DE LA EMPRESA		38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE							39. N.º DE REGISTRO SANITARIO					
<input type="checkbox"/> NACIONAL									<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P -					
<input type="checkbox"/> EXTRANJERA														
40. N.º DE RIF														
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA FABRICANTE														
41. PAÍS						42. CIUDAD								
43. 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.





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

E.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

44. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	45. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<hr/>	
46. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	
<hr/>	

F.18-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.

