

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

## SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE REGISTRO SANITARIO DEL MATERIAL Y EQUIPO DE SALUD

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

  

05. DOCUMENTO A CANCELAR <input type="checkbox"/> REGISTRO SANITARIO PMP <input type="checkbox"/> RENOVACION DE PMP • INCLUSION DE IMPORTADOR <input type="checkbox"/> OTRO ESPECIFIQUE: _____				
---	--	--	--	--

  

<b>A.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE</b>				
06. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA				07. N° DE REGISTRO SANITARIO
				E M P -
08. N° DE RIF				
09. N° DE TELÉFONO	10. N° DE FAX	11. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	12. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	
<b>B. DATOS DEL PATROCINANTE TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>				
13. APELLIDOS		14. NOMBRES		15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD
				<input type="checkbox"/> V • E
16. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.		17. PROFESIÓN		
18. N° DE TELÉFONO		19. N° DE CELULAR		20. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

### 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**

### D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

21. ESPECIALISTA RESPONSABLE	22. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE

F.02-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.

