

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

SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

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

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO		06. TIPO DE PRODUCTO	
P	M	P	-
		<input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO	
07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO		08. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL PRODUCTO	
09. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE DEL PRODUCTO		10. PAÍS	
11. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO		12. N° RIF	
		13. N° DE REGISTRO SANITARIO	
		E M P -	

B. DATOS DEL PATROCINANTE ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE LA EMPRESA QUE SE INCLUIRÁ COMO IMPORTADOR Y/O DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO

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

C.- DATOS DE LA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDOR A INCLUIR

22. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA		23. N° DE REGISTRO SANITARIO	
		E M P -	
24. N° DE RIF			
25. N° DE TELÉFONO	26. N° DE FAX	27. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	28. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB



@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

D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

29. ESPECIALISTA RESPONSABLE

30. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE

F.22-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.*

