

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

## SOLICITUD DE ANULACIÓN Y CORRECCIÓN DE OFICIO

		FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)		04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)
		01. DÍA	02. MES	03. AÑO
05. DOCUMENTO A ANULAR O CORREGIR: <input type="checkbox"/> REGISTRO SANITARIO PMP <input type="checkbox"/> RENOVACION DE PMP <input type="checkbox"/> INCLUSION DE IMPORTADOR <input type="checkbox"/> OTRO ESPECIFIQUE: _____		06. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO		07. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO
<b>A.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD</b>				
08. APELLIDOS		09. NOMBRES		10. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -
11. MATRICULA DEL M. P. P. S.		12. PROFESIÓN		
13. N.º DE TELÉFONO		14. N.º DE CELULAR	15. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	16. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

### 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**

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

17. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	18. ESPECIALISTA RESPONSABLE
19. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.27-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.

