



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
---	--	--

A.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

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

17. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	18. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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.

