

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

SOLICITUD DE COPIA CERTIFICADA

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

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

A.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

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. DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO

13. APELLIDOS		14. NOMBRES		15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD	
				<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> 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

C.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

21. ESPECIALISTA RESPONSABLE	22. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE

F.28-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.

