

SOLICITUD DE PERMISO DE IMPORTACIÓN DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)
01. DIA	02. MES	03. AÑO	
05. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO	06. FINALIDAD DEL PERMISO DE IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/> MUESTRAS PARA ANÁLISIS PARA REGISTRO <input type="checkbox"/> INVESTIGACIÓN <input type="checkbox"/> DOCENTES <input type="checkbox"/> PERSONAS NATURALES <input type="checkbox"/> DONACIÓN PROFESIONALES		

A.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO POR LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

07. APELLIDOS		08. NOMBRES		09. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	
10. MATRÍCULA DEL M.P.P. S		11. PROFESIÓN			
12. N° DE TELÉFONO		13. N° DE CELULAR		14. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
15. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB					

B.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

16. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO		17. MARCA COMERCIAL		18. PRESENTACIÓN COMERCIAL	
19. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> MÉDICO QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> ESTÉTICO <input type="checkbox"/> MISCELÁNEO					
20. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE				21. PAÍS	
22. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA		23. N° DE REGISTRO SANITARIO E M P -		24. PAÍS	
25. N° DE RIF					
26. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA		E M P -		27. PAÍS	

C.- DATOS DE LA INSTITUCIÓN EVALUADORA

28. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN		29. CANTIDAD DE MUESTRA A EVALUAR		30. N° DE PACIENTES SOMETIDOS A EVALUACIÓN	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA					
31. ESTADO		32. MUNICIPIO		33. CIUDAD	



@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			
34. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		35. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	36. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN
37. PISO/PLANTA/LOCAL	38. CÓDIGO POSTAL	39. PUNTO DE REFERENCIA	
40. N° DE TELÉFONO	41. N° DE CELULAR	42. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	43. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

D.- DATOS DEL PUERTO DE ENTRADA POR DONDE INGRESARÁ EL PRODUCTO

44. PUERTO DE ENTRADA	45. VÍA <input type="checkbox"/> AÉREA <input type="checkbox"/> MARÍTIMA <input type="checkbox"/> TERRESTRE
-----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

46. ESTADO	47. MUNICIPIO	48. CIUDAD
------------	---------------	------------

E.- OBSERVACIONES DEL SOLICITANTE AUTORIZADO POR LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

--



@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.



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.
3. La fabricación del bien o producto señalado en la presente cumple con las buenas prácticas de manufactura y/o fabricación.

FIRMA DEL PATROCINANTE

F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

49. ESPECIALISTA RESPONSABLE

50. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE

F.03-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.*

