



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

SOLICITUD DE PERMISO DE EXPORTACIÓN PARA EMPRESA DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

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

A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO

05. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO			06. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA									
			E	M	P	-						
07. N.º DE RIF												
UBICACIÓN GEOGRÁFICA												
08. ESTADO		09. MUNICIPIO			10. CIUDAD							
DIRECCIÓN												
11. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			12. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			13. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN						
14. PISO/PLANTA/LOCAL		15. CÓDIGO POSTAL		16. PUNTO DE REFERENCIA								
17. N.º DE TELÉFONO		18. N.º DE FAX			19. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			20. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB				

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

21. APELLIDOS			22. NOMBRES			23. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD						
						<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> E	-				
24. MATRÍCULA DEL M. P. P. S.		25. PROFESIÓN										
26. N.º DE TELÉFONO		27. N.º DE CELULAR			28. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			29. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB				

C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO QUE SE VA A EXPORTAR

30. DENOMINACION DEL PRODUCTO		31. MARCA COMERCIAL			32. PRESENTACION COMERCIAL			33. CANTIDAD						
34. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO		P	M	P	-								35. TIPO DE PRODUCTO	
													<input type="checkbox"/> MATERIAL	<input type="checkbox"/> EQUIPO

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

36. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE										37. N.º DE REGISTRO SANITARIO							
										E	M	P	-				
38. N.º DE RIF																	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL																	
39. ESTADO		40. MUNICIPIO			41. CIUDAD												
DIRECCIÓN																	
42. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL					43. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA												
44. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN					45. PISO/PLANTA/LOCAL												
46. CÓDIGO POSTAL		47. PUNTO DE REFERENCIA															
48. N.º DE TELÉFONO		49. N.º DE FAX			50. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			51. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB									



@SACS_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

E.- DATOS DEL PUERTO Y/O AEROPUERTO DE SALIDA
Av. 23 de Enero, Edificio Món 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

52. PUERTO DE SALIDA	53. VÍA
	<input type="checkbox"/> AÉREA <input type="checkbox"/> MARÍTIMA <input type="checkbox"/> TERRESTRE

F.- DATOS DEL PUERTO Y/O AEROPUERTO DE ENTRADA

54. PUERTO DE ENTRADA	55. VÍA
	<input type="checkbox"/> AÉREA <input type="checkbox"/> MARÍTIMA <input type="checkbox"/> TERRESTRE

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

56. PAÍS DE RECEPCIÓN

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

G.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

57. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	58. ESPECIALISTA RESPONSABLE
59. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.05-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.

