

Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos y Establecimientos de Salud
División de Materiales y Equipos de Salud**SOLICITUD DE CAMBIO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO
DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD**

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

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO		06. TIPO DE PRODUCTO	
<input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO			
07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO		08. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL PRODUCTO	
09. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE DEL PRODUCTO		10. PAÍS	
11. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO		12. N° RIF	
13. N° DE REGISTRO SANITARIO			
E M P -			

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

14. APELLIDOS		15. NOMBRES		16. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD	
				<input type="checkbox"/> V · E -	
17. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.		18. PROFESIÓN			
19. N° DE TELÉFONO		20. N° DE CELULAR		21. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

C.- DATOS DE LA NUEVA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDOR QUE RECIBIRA LA TITULARIDAD DE REGISTRO SANITARIO

22. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA		23. N° DE REGISTRO SANITARIO					
		E M P -					
24. N° DE RIF							
25. N° DE TELÉFONO		26. N° DE FAX		27. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		28. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	



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

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

D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

29. ESPECIALISTA RESPONSABLE

30. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE

F.06-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.*

