

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE DENOMINACIÓN COMERCIAL DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO										FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO	
P	M	P	-							06. TIPO DE PRODUCTO			07. ORIGEN DEL PRODUCTO
										<input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO			<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO

A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO

08. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO										09. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA			
E	M	P	-										
10. N.º DE RIF													
UBICACIÓN GEOGRÁFICA													
11. ESTADO				12. MUNICIPIO						13. CIUDAD			
DIRECCIÓN													
14. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL						15. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA				16. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			
17. PISO/PLANTA/LOCAL			18. CÓDIGO POSTAL			19. PUNTO DE REFERENCIA							
20. N.º DE TELÉFONO			21. N.º DE FAX			22. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				23. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			

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

24. APELLIDOS						25. NOMBRES						26. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD	
												<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	
27. MATRICULA DEL M. P. P. S.				28. PROFESIÓN									
29. N.º DE TELÉFONO			30. N.º DE CELULAR			31. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				32. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			

C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

33. DENOMINACION DEL PRODUCTO ANTERIOR						34. MARCA COMERCIAL				35. PRESENTACION COMERCIAL			
36. DENOMINACION DEL PRODUCTO ACTUAL						37. USO DEL PRODUCTO							



@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

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

38. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	39. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE	40. N° DE REGISTRO SANITARIO E M P -
41. N° DE RIF		
UBICACIÓN GEOGRAFICA DE LA EMPRESA FABRICANTE		
42. PAÍS		43. CIUDAD
44. DIRECCIÓN		

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

J.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

45. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	46. ESPECIALISTA RESPONSABLE
47. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.07-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.

