

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE EMPRESA FABRICANTE DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD NACIONALES O IMPORTADOS

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

A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO

07. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO				08. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA									
				E	M	P	-						
09. N.º DE RIF													
DIRECCIÓN													
10. N.º DE TELÉFONO			11. N.º DE FAX			12. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			13. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB				

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

14. APELLIDOS				15. NOMBRES				16. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD				
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -				
17. MATRICULA DEL M. P. P. S.			18. PROFESIÓN									
19. N.º DE TELÉFONO		20. N.º DE CELULAR		21. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			22. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB					

C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

23. DENOMINACION DEL PRODUCTO				24. MARCA COMERCIAL				25. PRESENTACION COMERCIAL					
26. USO DEL PRODUCTO				27. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO									
				P	M	P	-						

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO ACTUAL

28. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE												
UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA												
29. PAÍS							30. CIUDAD					
31. DIRECCIÓN												

E.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO A CAMBIAR

32. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE												
UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA												
33. PAÍS							34. CIUDAD					
35. DIRECCIÓN												

Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones 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

J.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

36. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	37. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
38. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	
<input type="text"/>	

F.10-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022