

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

SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE FABRICANTE DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD IMPORTADOS

										01.	. DÍA	USO	INTER	03	3. AÑO	O .	04.			OLIC ITERN)
05. NÚMERO DE	REGISTRO S	ANITARI	:O						1		1			RODU	СТО	07		RIGEN				
P	Р								☐ MATERIAL ☐ EQUIPO					PRODUCTO ☐ NACIONAL								
-									ШE	QUIPO)			☐ IMPORTADO								
A DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO													1									
08. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITUL					DEL R	₹EGIS	TRO S	SANI	TARIO			MPRES	SA	REGISTRO SANITARIO						DE		
10. Nº DE RIF												Е	М	M P -								
					UBI	CACI	ÓN C	EOG	GRÁFI	CA												
11. ESTADO	11. ESTADO 12. MUNICI					[0								13. CIUDAD								
	,						IREC															
14. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL 1						AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA 16. EDI								DIFIC	ificio/quinta/casa/galpón							
17. PISO/PLANT/	17. PISO/PLANTA/LOCAL 18. CÓDIGO POSTAL 19.							ERENCIA														
20. Nº DE TELÉFONO 21. Nº DE FAX						22. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO							23.	23. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB								
B DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD																						
24. APELLIDOS					2	25. NO	MBRE	S									DE C	ÉDU	LA [ÞΕ		
																	v [E -			
27. MATRICULA DEL M. P. P. S. 28. PROFESIÓN																						
29. Nº DE TELÉFONO 30. Nº DE CELULAR					31. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO						NICO	32. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB										
C DATOS DE	E IDENTIF	ICACIÓ	N DEL PRO	DUC	то																	
33. DENOMINACION DEL PRODUCTO							RCA (COMI	ERCIAL	_				35.	35. PRESENTACION COMERCIAL							
36. USO DEL PRODUCTO																						
D DATOS D	EL FABRIC	ANTE	DEL PRODU	сто																		
37. NOMBRE O R	RAZÓN SOCIA	L DE LA	PLANTA FABRI	CANT	ΈAΙ	NCLUI	[R															
			UI	BICA	CIÓN	DE L	A EM	IPRE	SA EX	TRAI	NJER/	4										
38. PAÍS 39. CIUDAD																						
40. DIRECCIÓN																						
E DATOS DI				<u>JCTO</u>	<u>) </u>																	_
41. RAZÓN SOCI	ial de la em	PRESA I	MPORTADORA											L	42. N	I° DE	E RE	GISTI	RO :	SANI	[ARI	<u> </u>
															E	М	Р	-				
43. Nº DE RIF																						







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

				UBICACIÓN	GEOGRÁFI	[CA												
44. ESTADO	45. MUNICIPI	TO						46. CIUDAD										
DIRECCIÓN																		
47. URBANIZACIÓN/SECTO	or/zona i	NDUSTRIAL	48. A						EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN									
50. PISO/PLANTA/LOCAL	IGO POSTAL	52. P	UNTO DE REI															
53. N° DE TELÉFONO	DE FAX		55. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO						56. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB									
F DATOS DEL DISTI	RIBUIDO	OR DEL PROD	DUCT	0														
57. RAZÓN SOCIAL DE LA	EMPRESA	DISTRIBUIDOR	A						58. Nº REGISTRO SANITARIO									
									М	Р	-							
59. Nº DE RIF																		
				UBICACIÓN	GEOGRÁFI	ICA .												
60. ESTADO	61. MUNICIPIO)				62.	2. CIUDAD											
				DIRE	CCIÓN													
63. URBANIZACIÓN/SECTO	or/zona i	NDUSTRIAL	64.						. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÒN									
66. PISO/PLANTA/LOCAL	DIGO POSTAL	68.	68. PUNTO DE REFERENCIA															
69. N° DE FAX		70.	70. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO 71. D					DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB										
G DATOS DEL ENVA	SADOR	DEL PRODUC	CTO (S	ST APLICA)	<u> </u>													
72. ORIGEN DE LA				LA EMPRESA ENVASADORA					74. N° DE REGISTRO SANITARIO									
EMPRESA □ NACIONAL																		
□EXTRANJERA									МР	-								
75. N° DE RIF																		
				,														
76. PAÍS	77. CIU		BICAC	ION DE LA E	EMPRESA EX	XTRANJERA												
70. PAIS	77. CIO	DAD																
78. DIRECCIÓN																		
79. DIRECCION DE PÀGINA	A WEB																	







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

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _ actuand que:	portador de la Cédula de identidad N°, o en mi carácter de Patrocinante, ante el Ministerio del Poder Popular para la Salud, declaro bajo juramento
1.	El contenido total de la información es absolutamente cierto y veraz.
	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
H P#	RA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)
80. NÚM	RO DE REGISTRO SANITARIO 81. ESPECIALISTA RESPONSABLE
82. OBS	RVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE

F.13-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022



