

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

SOLICITUD DE EXCLUSION DE EMPRESA FABRICANTE DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

								FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)			
								01. DÍA	02. MES	03. AÑO				
05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO								06. TIPO DE PRODUCTO			07. ORIGEN DEL PRODUCTO			
P	M	P	-					<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. MATRÍCULA 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				34. MARCA COMERCIAL				35. PRESENTACION COMERCIAL					
36. USO DEL PRODUCTO													

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO QUE DESEA EXCLUIR

37. ORIGEN DE LA EMPRESA		38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE A EXCLUIR						39. N.º DE REGISTRO SANITARIO							
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA								E	M	P	-				
40. N.º DE RIF															
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA FABRICANTE A EXCLUIR															
41. PAÍS								42. CIUDAD							
43. 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 prestaré todas las facilidades que solicite el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

_____ **FIRMA DEL PATROCINANTE**

E.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

44. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	45. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
46. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	
<input type="text"/>	

F.14-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022