

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

SOLICITUD DE INSPECCIÓN SANITARIA PARA REGISTRO Y/O RENOVACIÓN 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	

A.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD									
05. APELLIDOS					06. NOMBRES			07. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD	
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	
08. MATRICULA DEL M. P. P. S.		09. PROFESIÓN							
10. N.º DE TELÉFONO		11. N.º DE CELULAR		12. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			13. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

B.- DATOS DE LA EMPRESA FABRICANTE									
14. RAZON SOCIAL							15. RIF		
16. TIPO DE SOLICITUD				17. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO					
<input type="checkbox"/> INSPECCION DE REGISTRO SANITARIO				E M P -					
<input type="checkbox"/> INSPECCION DE RENOVACIÓN DEL R. S									

C.- DIRECCIÓN DE LA EMPRESA FABRICANTE									
OFICINA ADMINISTRATIVA									
UBICACIÓN GEOGRÁFICA									
18. ESTADO			19. MUNICIPIO				20. CIUDAD		
21. PARROQUIA									
DIRECCIÓN									
22. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			23. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			24. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON			
25.PISO/PLANTA/LOCAL		26. CÓDIGO POSTAL		27. PUNTO DE REFERENCIA					
28. N.º DE TELÉFONO		29. N.º DE FAX		30. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO			31. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		
PLANTA DE PRODUCCIÓN									
UBICACIÓN GEOGRÁFICA									
32. ESTADO			33. MUNICIPIO				34. CIUDAD		
35. PARROQUIA									
DIRECCIÓN									
36. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			37. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			38. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON			
39.PISO/PLANTA/LOCAL		40. CÓDIGO POSTAL		41. PUNTO DE REFERENCIA					
42. N.º DE TELÉFONO		43. N.º DE FAX		44. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO			45. DIRECCIÓN DE PAGINA WEB		

Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesionales de Salud
División de Inspecciones y Tecnovigilancia

ALMACEN			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
46. ESTADO	47. MUNICIPIO	48. CIUDAD	
49. PARROQUIA			
DIRECCIÓN			
50. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	51. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		52. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON
53. PISO/PLANTA/LOCAL	54. CÓDIGO POSTAL	55. PUNTO DE REFERENCIA	
56. N° DE TELÉFONO	57. N° DE FAX	58. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	59. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB
SERVICIO TÉCNICO (SI APLICA)			
60. TENENCIA DEL SERVICIO · PROPIO <input type="checkbox"/> CONTRATADO			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
61. ESTADO	62. MUNICIPIO	63. CIUDAD	
64. PARROQUIA			
DIRECCIÓN			
65. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	66. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		67. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON
68. PISO/PLANTA/LOCAL	69. CÓDIGO POSTAL	70. PUNTO DE REFERENCIA	
71. N° DE TELÉFONO	72. N° DE FAX	73. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	74. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

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)

75. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	76. ESPECIALISTA RESPONSABLE
■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	
77. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.16-MEEPS-ITV-OPP-JULIO 2022