

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE ETIQUETA 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"/> NACIONAL								
						<input type="checkbox"/> EQUIPO	<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. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO				34. MARCA COMERCIAL			35. PRESENTACION COMERCIAL								
36. USO DEL PRODUCTO															
D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO															
37. ORIGEN DE LA EMPRESA		38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE					39. N.º DE REGISTRO SANITARIO								
<input type="checkbox"/> NACIONAL							E								
<input type="checkbox"/> EXTRANJERA							M								
							P								
							-								
40. N.º DE RIF															
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA FABRICANTE															
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 prestará 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. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	45. ESPECIALISTA RESPONSABLE												
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													
46. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE													

F.18-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022