

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

SOLICITUD DE NOTIFICACIÓN DE DESTRUCCIÓN DE LOS MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD DETERIORADOS O VENCIDOS

		FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)											
		01. DÍA	02. MES	03. AÑO												
05. TIPO DE PRODUCTO					06. ORIGEN DEL PRODUCTO											
<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																
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																
B.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD																
10. APELLIDOS					11. NOMBRES			12. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD								
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -								
13. MATRÍCULA DEL M. P. P. S.			14. PROFESIÓN													
15. N.º DE TELÉFONO		16. N.º DE CELULAR		17. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			18. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB									
C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS DETERIORADOS O VENCIDOS A DESTRUIR																
19. NOMBRE DEL PRODUCTO				20. PMP	21. FABRICANTE	22. FECHA DE ELABORACIÓN	23. FECHA DE VENCIMIENTO	24. CANTIDAD A DESTRUIR								
D.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO																
25. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA							26. N.º DE REGISTRO SANITARIO									
							E	M	P	-						
27. N.º DE RIF																
UBICACIÓN GEOGRÁFICA																
28. ESTADO			29. MUNICIPIO				30. CIUDAD									
DIRECCIÓN																
31. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			32. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			33. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN										
34. PISO/PLANTA/LOCAL		35. CÓDIGO POSTAL		36. PUNTO DE REFERENCIA												
37. N.º DE TELÉFONO		38. N.º DE FAX		39. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			40. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB									
E.- DATOS DEL DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO																
41. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA							42. N.º REGISTRO SANITARIO									
							E	M	P	-						

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

43. N° DE RIF			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
44. ESTADO	45. MUNICIPIO		46. CIUDAD
DIRECCIÓN			
47. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		48. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	49. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN
50. PISO/PLANTA/LOCAL	51. CÓDIGO POSTAL	52. PUNTO DE REFERENCIA	
53. N° DE TELÉFONO	54. N° DE FAX	55. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	56. 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

F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

57. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	58. ESPECIALISTA RESPONSABLE										
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>											
59. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE											

F.19-MEEPS-MES-OPP-JULIO 3022