

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

## SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE PRESENTACIÓN(ES) COMERCIAL(ES) DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

		FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. Nº DE SOLICITUD (USO INTERNO)												
		01. DÍA	02. MES	03. AÑO													
05.-NUMERO 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							
<b>A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO</b>																	
08. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO								09. Nº DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA									
								E	M	P	-						
10. Nº DE RIF																	
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>																	
11. ESTADO				12. MUNICIPIO				13. CIUDAD									
<b>DIRECCIÓN</b>																	
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. Nº DE TELÉFONO		21. Nº DE FAX		22. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			23. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB										
<b>B.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD</b>																	
24. APELLIDOS				25. NOMBRES				26. Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD									
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -									
27. MATRICULA DEL M. P. P. S.		28. PROFESIÓN															
29. Nº DE TELÉFONO		30. Nº DE CELULAR		31. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			32. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB										
<b>C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO</b>																	
33. DENOMINACION DEL PRODUCTO				34. MARCA COMERCIAL				35. PRESENTACION COMERCIAL A INCLUIR									
36. USO DEL PRODUCTO																	
<b>D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO</b>																	
37. ORIGEN DE LA EMPRESA		38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE						39. Nº DE REGISTRO SANITARIO									
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA								E	M	P	-						
40. Nº DE RIF																	
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL</b>						<b>UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA</b>											
41. ESTADO		42. MUNICIPIO		43. CIUDAD		50. PAÍS		51. CIUDAD									

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

<b>DIRECCIÓN</b>			52. DIRECCIÓN				
44. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		45. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA					
46. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		47. PISO/PLANTA/LOCAL					
48. CÓDIGO POSTAL	49. PUNTO DE REFERENCIA						
53. N° DE TELÉFONO		54. N.º DE FAX	55. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		56. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

**E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO**

57. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA						58. N° DE REGISTRO SANITARIO									
						E	M	P	-						
59. N° DE RIF															

**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)**

60. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO								61. ESPECIALISTA RESPONSABLE							
62. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE															

F.20-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022