

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

SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DE PRESENTACIÓN(ES) COMERCIAL(ES) DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

		FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)										
		01. DÍA	02. MES	03. AÑO											
05.-NUMERO DE REGISTRO SANITARIO						06. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO		07. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO							
P	M	P	-												
A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO															
08. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO							09. N° DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA								
							E	M	P	-					
10. N° 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° DE TELÉFONO			21. N° 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° DE CÉDULA DE IDENTIDAD					
										<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> E				
27. MATRICULA DEL M. P. P. S.			28. PROFESIÓN												
29. N° DE TELÉFONO			30. N° 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. PRESENTACION COMERCIAL A EXCLUIR						37. USO DEL PRODUCTO									
D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO															
38. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA			39. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE						40. N° DE REGISTRO SANITARIO						
									E	M	P	-			
41. N° DE RIF															
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL						UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA									
42. ESTADO			43. MUNICIPIO			44. CIUDAD			51. PAÍS			52. CIUDAD			

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

DIRECCIÓN			53. DIRECCIÓN
45. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	46. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		
47. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	48. PISO/PLANTA/LOCAL		
49. CÓDIGO POSTAL	50. PUNTO DE REFERENCIA		
54. N° DE TELÉFONO	55. N.º DE FAX	56. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	57. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

58. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA	59. N° DE REGISTRO SANITARIO						
	E	M	P	-			
60. 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)

61. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	62. 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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
63. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE																					

F.21-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022