

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

		<b>FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)</b>			<b>04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)</b>								
		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. N° DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA						
							E	M	P	-			
10. N° 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. N° DE TELÉFONO		21. N° 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. 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						
<b>C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO</b>													
33. DENOMINACION DEL PRODUCTO				34. MARCA COMERCIAL				35. PRESENTACION COMERCIAL					
36. PRESENTACION COMERCIAL A EXCLUIR					37. USO DEL PRODUCTO								
<b>D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO</b>													
38. ORIGEN DE LA EMPRESA		39. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE					40. N° DE REGISTRO SANITARIO						
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA							E	M	P	-			
41. N° DE RIF													
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL</b>						<b>UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA</b>							
42. ESTADO		43. MUNICIPIO		44. CIUDAD		51. PAÍS		52. CIUDAD					

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

<b>DIRECCIÓN</b>		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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
63. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	
<input type="text"/>	

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