

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

## SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DE PRODUCTOS MANUFACTURADOS EN EMPRESAS FABRICANTES NACIONALES DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO  P M P -										FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)		
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO			
										06. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO			07. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <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															
<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.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 A EXCLUIR EN EL PROCESO DE MANUFACTURA

33 DENOMINACION DEL PRODUCTO					34. MARCA COMERCIAL					35. PRESENTACION COMERCIAL	
36. USO DEL PRODUCTO											

### D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

37. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL FABRICANTE										38. N.º DE REGISTRO SANITARIO					
										E	M	P	-		
39. N.º DE RIF															

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

<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL</b>					
40. ESTADO		41. MUNICIPIO		42. CIUDAD	
<b>DIRECCIÓN</b>					
43. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			44. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		
45. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			46. PISO/PLANTA/LOCAL		
47. CÓDIGO POSTAL			48. PUNTO DE REFERENCIA		
49. N.º DE TELÉFONO	50. N.º DE FAX	51. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		52. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	

**E.- DATOS DEL DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO**

53. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA							54. N.º REGISTRO SANITARIO							
							E	M	P	-				
55. N.º DE RIF														

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_ portador de la Cédula de identidad N.º \_\_\_\_\_, 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)**

56. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO										57. ESPECIALISTA RESPONSABLE		
58. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE												

F.24-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022