

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

SOLICITUD DE ANULACIÓN Y CORRECCIÓN DE OFICIO

		FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)		
		01. DÍA	02. MES	03. AÑO			
05. DOCUMENTO A ANULAR O CORREGIR: <input type="checkbox"/> REGISTRO SANITARIO PMP <input type="checkbox"/> RENOVACION DE PMP <input type="checkbox"/> INCLUSION DE IMPORTADOR <input type="checkbox"/> OTRO ESPECIFIQUE: _____				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 PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD							
08. APELLIDOS			09. NOMBRES			10. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	
11. MATRICULA DEL M. P. P. S.		12. PROFESIÓN					
13. N.º DE TELÉFONO		14. N.º DE CELULAR		15. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		16. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	

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

B.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

17. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO										18. ESPECIALISTA RESPONSABLE
19. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE										

F.27-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022