

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

SOLICITUD DE PERMISO DE IMPORTACIÓN DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

| | | | |
|--|---|---------|---|
| FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO) | | | 04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO) |
| 01. DIA | 02. MES | 03. AÑO | |
| 05. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO | 06. FINALIDAD DEL PERMISO DE IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/> MUESTRAS PARA ANÁLISIS PARA REGISTRO <input type="checkbox"/> INVESTIGACIÓN <input type="checkbox"/> DOCENTES <input type="checkbox"/> PERSONAS NATURALES <input type="checkbox"/> DONACIÓN PROFESIONALES | | |

A.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO POR LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

| | | | | | |
|-----------------------------|--|-------------------|--|--|--|
| 07. APELLIDOS | | 08. NOMBRES | | 09. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E - | |
| 10. MATRICULA DEL M.P.P. S | | 11. PROFESIÓN | | | |
| 12. N° DE TELÉFONO | | 13. N° DE CELULAR | | 14. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | |
| 15. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB | | | | | |

B.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

| | | | | | |
|---|--|---------------------|---|----------------------------|----------|
| 16. DENOMINACION DEL PRODUCTO | | 17. MARCA COMERCIAL | | 18. PRESENTACION COMERCIAL | |
| 19. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> MÉDICO QUIRURGICO <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> ESTÉTICO <input type="checkbox"/> MISCELANEO | | | | | |
| 20. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE | | | | 21. PAÍS | |
| 22. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA | | | 23. N° DE REGISTRO SANITARIO E M P - | | 24. PAÍS |
| 25. N° DE RIF | | | | | |
| 26. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA | | | E M P - | | 27. PAÍS |

C.- DATOS DE LA INSTITUCIÓN EVALUADORA

| | | | | | |
|---|--|------------------------------------|--|--|--|
| 28. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN | | 29. CANTIDAD DE MUESTRA A EVALUAR | | 30. N° DE PACIENTES SOMETIDOS A EVALUACIÓN | |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA | | | | | |
| 31. ESTADO | | 32. MUNICIPIO | | 33. CIUDAD | |
| DIRECCIÓN | | | | | |
| 34. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL | | 35. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA | | 36. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN | |
| 37. PISO/PLANTA/LOCAL | | 38. CÓDIGO POSTAL | | 39. PUNTO DE REFERENCIA | |
| 40. N° DE TELÉFONO | | 41. N° DE CELULAR | | 42. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | |
| 43. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB | | | | | |

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

D.- DATOS DEL PUERTO DE ENTRADA POR DONDE INGRESARÁ EL PRODUCTO

| | | | | |
|-----------------------------|---------------|--|------------|--|
| 44. PUERTO DE ENTRADA | | 45. VÍA <input type="checkbox"/> AÉREA <input type="checkbox"/> MARÍTIMA <input type="checkbox"/> TERRESTRE | | |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA | | | | |
| 46. ESTADO | 47. MUNICIPIO | | 48. CIUDAD | |

E.- OBSERVACIONES DEL SOLICITANTE AUTORIZADO POR LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

| |
|--|
| |
|--|

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.
3. La fabricación del bien o producto señalado en la presente cumple con las buenas prácticas de manufactura y/o fabricación.

FIRMA DEL PATROCINANTE

F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

| |
|--|
| 49. ESPECIALISTA RESPONSABLE |
| 50. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE |

F.03-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022