

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

### SOLICITUD DE COPIA CERTIFICADA

FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)
01. DÍA	02. MES	03. AÑO	

05. DOCUMENTO A CERTIFICAR

REGISTRO SANITARIO EMPRESA     RENOVACION DE EMPRESA     OTRO ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

#### A.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

06. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA						07. N° DE REGISTRO SANITARIO					
						E M P -					
08. N° DE RIF											
09. N° DE TELÉFONO			10. N° DE FAX			11. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			12. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

#### B. DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO

13. APELLIDOS				14. NOMBRES				15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -			
16. N° DE MATRICULA DEL M.P.P.S.				17. PROFESIÓN							
18. N° DE TELÉFONO				19. N° DE CELULAR				20. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			

#### 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

#### C.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

21. ESPECIALISTA RESPONSABLE	22. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE

F.19-MEEPS-ITV-OPP-JULIO 2022