

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

SOLICITUD POR CAMBIO DE DIRECCIÓN DE EMPRESA FABRICANTE DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD IMPORTADOS

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO								FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)
								01. DÍA	02. MES	03. AÑO	
P	M	P	-						06. TIPO DE PRODUCTO		07. ORIGEN DEL PRODUCTO
									☐ MATERIAL ☐ EQUIPO		☐ NACIONAL ☐ 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													
UBICACIÓN GEOGRÁFICA													
11. ESTADO				12. MUNICIPIO						13. CIUDAD			
DIRECCIÓN													
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		
												☐ V ☐ E -		
27. MATRICULA 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

33. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO						34. MARCA COMERCIAL				35. PRESENTACIÓN COMERCIAL			
36. USO DEL PRODUCTO													
37. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO													
☐ MÉDICO ☐ MÉDICO QUIRÚRGICO ☐ ODONTOLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO ☐ DIAGNÓSTICO ☐ ESTÉTICO ☐ MISCELÁNEO													
38. RESTRICCIONES DE USO													
☐ ADVERTENCIAS ☐ CONTRAINDICACIONES ☐ INTERACCIONES ☐ PRECAUCIONES ☐ REACCIONES ADVERSAS ☐ NO PRESENTA													

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

39. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE													
40. DIRECCIÓN ANTERIOR													
41. DIRECCIÓN ACTUAL													

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

FIRMA DEL PATROCINANTE

E.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

42. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	43. ESPECIALISTA RESPONSABLE										
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
44. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE											

F.11-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022