

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

SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DE ACTIVIDAD COMERCIAL DE EMPRESAS DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)																
01. DIA	02. MES	03. AÑO																	
05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA																			
E	M	P	-																

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

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

B.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

14. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		15. N° DE RIF	
16. OBJETO DE LA EMPRESA A EXCLUIR			
<input type="checkbox"/> DISTRIBUIDOR <input type="checkbox"/> EXPORTADOR <input type="checkbox"/> FABRICANTE <input type="checkbox"/> IMPORTADOR <input type="checkbox"/> SERVICIO TÉCNICO <input type="checkbox"/> ENVASADOR <input type="checkbox"/> ENSAMBLADOR			

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)

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

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