

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE PARA 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		
										<input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO			<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> 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							
												<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> 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. DENOMINACION DEL PRODUCTO						34. MARCA COMERCIAL						35. PRESENTACION COMERCIAL					
36. USO DEL PRODUCTO																	

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO ANTERIOR

37. ORIGEN DE LA EMPRESA						38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE						39. N.º DE REGISTRO SANITARIO					
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA												E M P -					
40. N.º DE RIF																	
UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA																	
41. PAÍS												42. CIUDAD					
43. DIRECCIÓN																	

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

E.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO ACTUAL

44. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	45. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE	46. N° DE REGISTRO SANITARIO						
		E	M	P	-			
47. N° DE RIF								
UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA								
48. PAÍS					49. CIUDAD			
50. DIRECCIÓN								

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

F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

51. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	52. 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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
53. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE																					

F.12-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022