

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

SOLICITUD DE CERTIFICADOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURAS PARA PRODUCTOS QUE NO REQUIEREN REGISTRO SANITARIO

										FECHA DE SOLICITUD USO INTERNO			04. N.º DE SOLICITUD USO INTERNO	
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO		
05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO														
E	M	P	-											

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

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

B.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

15. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA					16. N.º DE RIF				
17. OBJETO DE LA EMPRESA									
· DISTRIBUIDOR · EXPORTADOR · FABRICANTE · IMPORTADOR · SERVICIO TÉCNICO · ENVASADOR · ENSAMBLADOR									

C.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

OFICINA ADMINISTRATIVA														
UBICACIÓN GEOGRÁFICA														
18. ESTADO			19. MUNICIPIO						20. CIUDAD					
21. PARROQUIA														
DIRECCIÓN														
22. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				23. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA				24. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON						
25. PISO/PLANTA/LOCAL			26. CÓDIGO POSTAL			27. PUNTO DE REFERENCIA								
28. N.º DE TELÉFONO			29. N.º DE FAX			30. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				31. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB				
PLANTA DE PRODUCCIÓN														
UBICACIÓN GEOGRÁFICA														
32. ESTADO			33. MUNICIPIO						34. CIUDAD					
35. PARROQUIA														
DIRECCIÓN														
36. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				37. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA				38. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON						
39. PISO/PLANTA/LOCAL			40. CODIGO POSTAL			41. PUNTO DE REFERENCIA								
42. N.º DE TELÉFONO			43. N.º DE FAX			44. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				45. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB				
ALMACEN														
UBICACIÓN GEOGRÁFICA														
46. ESTADO			47. MUNICIPIO						48. CIUDAD					
49. PARROQUIA														

DIRECCIÓN														
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

50. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		51. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		52. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
53. PISO/PLANTA/LOCAL	54. CÓDIGO POSTAL	55. PUNTO DE REFERENCIA			
56. N° DE TELEFONO	57. N° DE FAX	58. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO		59. DIRECCIÓN DE PAGINA WEB	
SERVICIO TÉCNICO (SI APLICA)					
60. TENENCIA DEL SERVICIO · PROPIO <input type="checkbox"/> CONTRATADO					
UBICACIÓN GEOGRÁFICA					
61. ESTADO		62. MUNICIPIO		63. CIUDAD	
64. PARROQUIA					
DIRECCIÓN					
65. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		66. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		67. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
68. PISO/PLANTA/LOCAL	69. CÓDIGO POSTAL	70. PUNTO DE REFERENCIA			
71. N° DE TELÉFONO	72. N° DE FAX	73. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		74. DIRECCIÓN DE PAGINA WEB	

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

D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

75. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO								76. ESPECIALISTA RESPONSABLE	
77. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE									

F.13-MEEPS-ITV-OPP-JULIO 2022