

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 PROPIETARIA DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

		FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)					
		01. DÍA	02. MES	03. AÑO						
05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO					06. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO		07. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO			
P	M	P	-							

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. MATRÍCULA DEL M. P. P. S.		28. PROFESIÓN							
E	M	P	-						
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

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

E.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL PRODUCTO ANTERIOR

44. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA		45. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA				46. N.º DE REGISTRO SANITARIO			
E	M	P	-						
47. N.º DE RIF									

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

UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL PROPIETARIO	
48. PAÍS	49. CIUDAD
50. DIRECCIÓN	

F.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL PRODUCTO ACTUAL

51. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	52. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA	53. N° DE REGISTRO SANITARIO
		E M P -

54. N° DE RIF

UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL PROPIETARIO	
55. PAÍS	56. CIUDAD
57. 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

G.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

58. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	59. ESPECIALISTA RESPONSABLE
60. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.16-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022