

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE FÓRMULA QUE NO INVOLUCRE SUSTITUCION DEL PRINCIPIO ACTIVO Y NO AFECTE LA FINALIDAD DE USO DEL MATERIAL

										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. 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																			
37. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO																			
<input type="checkbox"/> MÉDICO										<input type="checkbox"/> MÉDICO QUIRURGICO			<input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO			<input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO			
<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO										<input type="checkbox"/> ESTÉTICO			<input type="checkbox"/> MISCELANEO						
38. RESTRICCIONES DE USO																			
<input type="checkbox"/> ADVERTENCIAS										<input type="checkbox"/> CONTRAINDICACIONES			<input type="checkbox"/> INTERACCIONES						
<input type="checkbox"/> PRECAUCIONES										<input type="checkbox"/> REACCIONES ADVERSAS			<input type="checkbox"/> NO PRESENTA						
D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO																			
39. ORIGEN DE LA EMPRESA			40. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE							41. N.º DE REGISTRO SANITARIO									
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA										E	M	P	-						
42. N.º DE RIF																			

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

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

43. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA	44. N° DE REGISTRO SANITARIO
	E M P -
45. N° DE RIF	

F.- DATOS DEL DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO

46. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA	47. N° REGISTRO SANITARIO
	E M P -
48. N° DE RIF	

G.- DATOS DEL ENVASADOR DEL PRODUCTO (SI APLICA)

49. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	50. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA ENVASADORA	51. N° DE REGISTRO SANITARIO
		E M P -
52. N° DE RIF		

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

I.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

53. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	54. ESPECIALISTA RESPONSABLE
55. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.17-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022