

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE ETIQUETA 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			07. ORIGEN DEL PRODUCTO		
P	M	P	-							☐ MATERIAL ☐ EQUIPO			☐ NACIONAL ☐ 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					
												☐ V ☐ 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. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO						34. MARCA COMERCIAL						35. PRESENTACIÓN COMERCIAL					
36. USO DEL PRODUCTO																	

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

37. ORIGEN DE LA EMPRESA				38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE										39. N.º DE REGISTRO SANITARIO								
☐ NACIONAL ☐ EXTRANJERA														E	M	P	-					
40. N.º DE RIF																						
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA FABRICANTE																						
41. PAÍS												42. CIUDAD										
43. DIRECCIÓN																						

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

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

E.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

44. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	45. 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></tr></table>											
46. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE											

F.18-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022