

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

SOLICITUD DE NOTIFICACIÓN DE DESTRUCCIÓN DE LOS MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD DETERIORADOS O VENCIDOS

		FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)								
		01. DÍA	02. MES	03. AÑO									
05. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO				06. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO									
A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO													
07. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO					08. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA								
					E	M	P	-					
09. N.º DE RIF													
B.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD													
10. APELLIDOS				11. NOMBRES				12. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD					
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -					
13. MATRÍCULA DEL M. P. P. S.			14. PROFESIÓN										
15. N.º DE TELÉFONO		16. N.º DE CELULAR		17. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			18. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB						
C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS DETERIORADOS O VENCIDOS A DESTRUIR													
19. NOMBRE DEL PRODUCTO			20. PMP	21. FABRICANTE	22. FECHA DE ELABORACIÓN	23. FECHA DE VENCIMIENTO	24. CANTIDAD A DESTRUIR						
D.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO													
25. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA					26. N.º DE REGISTRO SANITARIO								
					E	M	P	-					
27. N.º DE RIF													
UBICACIÓN GEOGRÁFICA													
28. ESTADO		29. MUNICIPIO				30. CIUDAD							
DIRECCIÓN													
31. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			32. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			33. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN							
34. PISO/PLANTA/LOCAL		35. CÓDIGO POSTAL		36. PUNTO DE REFERENCIA									
37. N.º DE TELÉFONO		38. N.º DE FAX		39. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			40. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB						
E.- DATOS DEL DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO													
41. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA					42. N.º REGISTRO SANITARIO								
					E	M	P	-					

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

43. N° DE RIF			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
44. ESTADO	45. MUNICIPIO		46. CIUDAD
DIRECCIÓN			
47. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		48. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	49. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN
50. PISO/PLANTA/LOCAL	51. CÓDIGO POSTAL	52. PUNTO DE REFERENCIA	
53. N° DE TELÉFONO	54. N° DE FAX	55. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	56. DIRECCIÓN DE PÁGINA 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

F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

57. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	58. ESPECIALISTA RESPONSABLE										
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>											
59. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE											

F.19-MEEPS-MES-OPP-JULIO 3022