

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

SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE PRESENTACIÓN(ES) COMERCIAL(ES) DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

										FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)	
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO		
05.-NUMERO DE REGISTRO SANITARIO										06. TIPO DE PRODUCTO ☐ MATERIAL ☐ EQUIPO			07. ORIGEN DEL PRODUCTO ☐ NACIONAL ☐ 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° DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA				
E	M	P	-											
10. N° 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° DE TELÉFONO			21. N° 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° DE CÉDULA DE IDENTIDAD		
										☐ V ☐ E -		
27. MATRICULA DEL M. P. P. S.			28. PROFESIÓN									
29. N° DE TELÉFONO			30. N° 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 A INCLUIR		
36. USO DEL PRODUCTO												

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

37. ORIGEN DE LA EMPRESA ☐ NACIONAL ☐ EXTRANJERA			38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE							39. N° DE REGISTRO SANITARIO				
E	M	P	-											
40. N° DE RIF														
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL							UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA							
41. ESTADO			42. MUNICIPIO			43. CIUDAD		50. PAÍS			51. CIUDAD			

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

DIRECCIÓN				52. DIRECCIÓN			
44. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				45. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			
46. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN				47. PISO/PLANTA/LOCAL			
48. CÓDIGO POSTAL		49. PUNTO DE REFERENCIA					
53. N° DE TELÉFONO		54. N.º DE FAX		55. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		56. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

57. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA							58. N° DE REGISTRO SANITARIO						
							E M P -						
59. 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

F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

60. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO										61. ESPECIALISTA RESPONSABLE									
62. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE																			

F.20-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022