

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

SOLICITUD DE EXCLUSIÓN 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 | | 07. ORIGEN DEL PRODUCTO | |
| P | M | P | - | | <input type="checkbox"/> MATERIAL | <input type="checkbox"/> NACIONAL | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> EQUIPO | <input type="checkbox"/> IMPORTADO | | |
| 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 | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> 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 | |
| | | | | | | | | |
| 36. PRESENTACION COMERCIAL A EXCLUIR | | | | | 37. USO DEL PRODUCTO | | | |
| | | | | | | | | |
| D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO | | | | | | | | |
| 38. ORIGEN DE LA EMPRESA | | 39. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE | | | | | 40. N° DE REGISTRO SANITARIO | |
| <input type="checkbox"/> NACIONAL | | | | | | | E | |
| <input type="checkbox"/> EXTRANJERA | | | | | | | M | |
| | | | | | | | P | |
| | | | | | | | - | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 41. N° DE RIF | | | | | | | | |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL | | | | | | UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA | | |
| 42. ESTADO | | 43. MUNICIPIO | | 44. CIUDAD | | 51. PAÍS | | 52. CIUDAD |
| | | | | | | | | |

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

| | | | |
|-----------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| DIRECCIÓN | | 53. DIRECCIÓN | |
| 45. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL | 46. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA | | |
| 47. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN | 48. PISO/PLANTA/LOCAL | | |
| 49. CÓDIGO POSTAL | 50. PUNTO DE REFERENCIA | | |
| 54. N° DE TELÉFONO | 55. N.º DE FAX | 56. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | 57. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB |

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

| | | | | | | | |
|--------------------------------------------|------------------------------|---|---|---|--|--|--|
| 58. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA | 59. N° DE REGISTRO SANITARIO | | | | | | |
| | E | M | P | - | | | |
| 60. 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)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 61. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO | 62. 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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 63. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

F.21-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022