

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

SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DE PRODUCTOS MANUFACTURADOS EN EMPRESAS FABRICANTES NACIONALES DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO										FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)		
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO			
P	M	P	-							06. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO			07. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <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.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 A EXCLUIR EN EL PROCESO DE MANUFACTURA

33 DENOMINACION DEL PRODUCTO					34. MARCA COMERCIAL					35. PRESENTACION COMERCIAL		
36. USO DEL PRODUCTO												

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

37. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL FABRICANTE										38. N.º DE REGISTRO SANITARIO					
										E	M	P	-		
39. N.º DE RIF															

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

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL			
40. ESTADO	41. MUNICIPIO	42. CIUDAD	
DIRECCIÓN			
43. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		44. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	
45. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		46. PISO/PLANTA/LOCAL	
47. CÓDIGO POSTAL		48. PUNTO DE REFERENCIA	
49. N.º DE TELÉFONO	50. N.º DE FAX	51. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	52. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

E.- DATOS DEL DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO

53. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA							54. N.º REGISTRO SANITARIO							
							E	M	P	-				
55. N.º DE RIF														

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ portador de la Cédula de identidad N.º _____, 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)

56. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO								57. ESPECIALISTA RESPONSABLE				
58. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE												

F.24-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022