

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

SOLICITUD DE RETIRO DEL MERCADO DEL MATERIAL Y EQUIPO DE SALUD

05. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO								FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)
								01. DÍA	02. MES	03. AÑO	
P	M	P	-					06. TIPO DE PRODUCTO			07. ORIGEN DEL PRODUCTO
								<input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO			

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. 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° DE REGISTRO SANITARIO							
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA								E	M	P	-				
40. N° DE RIF						41. PAIS									

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

42. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA								43. N° DE REGISTRO SANITARIO							
								E	M	P	-				
44. N° DE RIF															

F.- DATOS DE LA PRESENTACIÓN DEL PRODUCTO (EMPAQUE O ENVASE)

45. TIPO DE MATERIAL DEL EMPAQUE Ó ENVASE													

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

G.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

46. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	47. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
48. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	
<input type="text"/>	

F.26-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022