

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

### SOLICITUD DE COPIA CERTIFICADA

FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)
01. DÍA	02. MES	03. AÑO	

05. DOCUMENTO A CERTIFICAR		
<input type="checkbox"/> REGISTRO SANITARIO PMP	<input type="checkbox"/> RENOVACION DE PMP	<input type="checkbox"/> INCLUSION DE IMPORTADOR
<input type="checkbox"/> OTRO ESPECIFIQUE: _____		

#### A.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

06. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA							07. N° DE REGISTRO SANITARIO							
							E	M	P	-				
08. N° DE RIF														
09. N° DE TELÉFONO				10. N° DE FAX				11. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				12. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

#### B. DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO

13. APELLIDOS						14. NOMBRES						15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD	
												<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	
16. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.				17. PROFESIÓN									
18. N° DE TELÉFONO				19. N° DE CELULAR				20. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO					

### 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**

#### C.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

21. ESPECIALISTA RESPONSABLE	22. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE

F.28-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022