

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

SOLICITUD DE PERMISO DE EXPORTACIÓN PARA EMPRESA DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

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

A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO

05. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO						06. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA					
						E M P -					
07. N.º DE RIF											
UBICACIÓN GEOGRÁFICA											
08. ESTADO				09. MUNICIPIO				10. CIUDAD			
DIRECCIÓN											
11. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				12. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA				13. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			
14. PISO/PLANTA/LOCAL			15. CÓDIGO POSTAL			16. PUNTO DE REFERENCIA					
17. N.º DE TELÉFONO			18. N.º DE FAX			19. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			20. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

B.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

21. APELLIDOS				22. NOMBRES				23. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD			
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -			
24. MATRÍCULA DEL M. P. P. S.				25. PROFESIÓN							
26. N.º DE TELÉFONO			27. N.º DE CELULAR			28. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			29. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO QUE SE VA A EXPORTAR

30. DENOMINACION DEL PRODUCTO				31. MARCA COMERCIAL				32. PRESENTACION COMERCIAL				33. CANTIDAD			
34. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO				P M P -								35. TIPO DE PRODUCTO			
												<input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO			

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

36. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE						37. N.º DE REGISTRO SANITARIO					
						E M P -					
38. N.º DE RIF											
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL											
39. ESTADO				40. MUNICIPIO				41. CIUDAD			
DIRECCIÓN											
42. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				43. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA							
44. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN				45. PISO/PLANTA/LOCAL							
46. CÓDIGO POSTAL			47. PUNTO DE REFERENCIA								
48. N.º DE TELÉFONO			49. N.º DE FAX			50. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			51. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

E.- DATOS DEL PUERTO Y/O AEROPUERTO DE SALIDA

52. PUERTO DE SALIDA				53. VÍA			
				<input type="checkbox"/> AÉREA <input type="checkbox"/> MARÍTIMA <input type="checkbox"/> TERRESTRE			

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

F.- DATOS DEL PUERTO Y/O AEROPUERTO DE ENTRADA

54. PUERTO DE ENTRADA	55. VÍA <input type="checkbox"/> AÉREA <input type="checkbox"/> MARÍTIMA <input type="checkbox"/> TERRESTRE
UBICACIÓN GEOGRÁFICA	
56. PAIS DE RECEPCIÓN	

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)

57. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	58. ESPECIALISTA RESPONSABLE										
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>											
59. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE											

F.05-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022