

**ANEXO VII: SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE REGISTROS SANITARIOS -
DISPOSITIVOS MÉDICOS DE CLASE I, II, III, IV.**

Sr./a. _____

Director /a
Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria
Presente:

Los Sres.: _____ de profesión _____ con N.º de Reg. Prof. N.º _____
_____, y _____ con N.º de C.I.: _____, en representación de la
firma _____ solicitan la cancelación del certificado de registro
sanitario de Dispositivos Médicos, material cortopunzantes y equipos de protección
individual N.º _____, cuyos datos son los siguientes:

-Denominación Comercial:

-Marca:

-Denominación Genérica / Código ECRI:

-Clase de Riesgo:

Para lo cual se adjunta certificado de registro sanitario.

Representante Legal

Firma, Aclaración, Sello

Responsable Técnico

Firma, Aclaración, Sello