

Solicitud de **TRASLADO DE DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS BIOMEDICOS, ESTERILES Y DESCARTABLES**

FECHA:

A la DIRECCIÓN NACIONAL de HABILITACIÓN, FISCALIZACIÓN y SANIDAD de FRONTERAS:

Quien suscribe:

Titular del Establecimiento

Apoderado

Nombre	
Apellido	
Domicilio	
CUIT	
Teléfono	
Mail	
Cargo	
Profesión (*)	
Matricula (*)	

Solicita por medio de la presente el **TRASLADO DE DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS BIOMEDICOS, ESTERILES Y DESCARTABLES**

Datos del Establecimiento

Razón Social	
CUIT	
Domicilio	
Bajo la titularidad de	
CUIT	
Matricula N°	
Profesión	
Habilitado por Disposición N°	

**DECLARO BAJO JURAMENTO LA VERACIDAD DE TODOS LOS DATOS
CONSIGNADOS.**

Firma y Sello del Titular

Firma y Sello del Director Médico