Solicitud de **RECTIFICATORIA DE DISPOSICIÓN**

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

Quien suscribe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Titular del Establecimiento | |
|  | Profesional |  |
|  | Apoderado *(Debe hacerse mediante AFIP)* | |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Apellido |  |
| Domicilio |  |
| CUIT |  |
| Teléfono |  |
| Mail |  |
| Cargo |  |
| Profesión |  |
| Matricula N° |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datos del Establecimiento (En caso de corresponder) | |
| Razón Social |  |
| CUIT |  |
| Domicilio |  |
| Habilitado por Disposición N° |  |

|  |
| --- |
| Solicita por medio de la presente la **RECTIFICATORIA DE DISPOSICIÓN N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Indicar texto a reemplazar:**

|  |
| --- |
|  |

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

Firma y sello del Titular