Solicitud de **REEMPADRONAMIENTO DE DROGUERÍAS**

**FECHA:**

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

Quien suscribe:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Titular del Establecimiento |  | Apoderado |

**\*El apoderamiento debe hacerse mediante AFIP**

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

Solicita por medio de la presente el **REEMPADRONAMIENTO DE DROGUERIAS**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 Director Técnico  
**(Certificada)**

Firma del Titular