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