

Nota modelo de **CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

Buenos Aires,.....de.....de.....

SEÑOR DIRECTOR NACIONAL de HABILITACIÓN, FISCALIZACIÓN y SANIDAD de FRONTERAS:

DATOS DEL REQUERENTE	
Nombre y apellido	
CUIT/CUIL:	
Domicilio particular:	
Teléfono:	
Mail:	

DATOS DEL PROFESIONAL	
Nombre y apellido	
CUIT/CUIL:	
Domicilio particular:	
Teléfono:	
Mail:	
Profesión:	
Nº Matrícula Nacional	

Por medio de la presente se solicita el **CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD** sita en calle
Nº Piso..... Dpto..... CP..... Teléfono.....
Razón social
CUIT/CUIL..... -
Nombre de Fantasía
bajo la titularidad de.....
de Profesión :
Nº de matrícula..... CUIT/CUIL..... -

Observaciones:.....
.....

En el establecimiento exhibiré Título habilitante.

El interesado constituye el siguiente domicilio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....

donde se tendrán por válidas todas las notificaciones.

Manifiesto, en carácter de declaración jurada, que todos los datos consignados son veraces y correctos y que la documentación acompañada se encuentra vigente

Firma y Sello Director Técnico

Firma y Sello Requirente

Todas las firmas deben estar certificadas por escribano público O ENTIDAD BANCARIA excepto la de quien inicie el TAD utilizando su clave fiscal.