

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 REQUIRENTE
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 .....  
N°.....Piso.....Dpto.....CP.....Teléfono.....  
Razón social .....  
CUIT/CUIL.....-  
Nombre de Fantasía .....  
bajo la titularidad de.....  
de Profesión .....  
N° 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.**