

Nota modelo de solicitud de **REFORMA DE ESTRUCTURA DE ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

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:	
N° Matrícula Nacional	

Por medio de la presente se solicita la **SOLICITUD DE REFORMA DE ESTRUCTURA DE ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO** 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.