



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

HABILITACION DE OPTICA

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

**SEÑOR DIRECTOR NACIONAL de REGISTRO, FISCALIZACIÓN Y SANIDAD de
FRONTERAS:**

El/la que suscribe:.....

DNI N°..... de Profesión:.....

M.N.N°:..... CUIT/CUIL N°:.....

Especialista en:

Domicilio particular: Calle..... N°.....

Piso..... Dpto..... Cod. Postal N°.....

TEL..... Teléfono Celular

e-mail

Solicita la habilitación de la **OPTICA** sito en:

Calle..... N°..... Piso.....

Dpto..... Cod. Postal N°..... Telefono

Razón social/Fundación.....

Bajo la TITULARIDAD DE.....

DNI N°..... de Profesión:.....

M.N.N°:..... CUIT/CUIL N°:.....

Especialista en:

Observaciones:.....

El interesado constituye domicilio en

.....,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde acorde a lo establecido en el Art. 19
del Reglamento de Procedimientos Administrativos (Dec. 1759/72) se tendrán
por válidas todas las notificaciones.

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados

Firma Autenticada del Profesional solicitante:

Firma y Sello:.....