**Señor/a**

**Qco/a. Fco/a.** Escriba nombre del Jefe/a **, Jefe/a**

N° de Región Sanitaria **Departamento Regional de Vigilancia Sanitaria – DRVS**

**Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria - DINAVISA**

**Presente:**

El/La que suscribe Nombre del regente de la firma de Profesión Profesión que corresponda con Reg. Prof. N° Número Regente de Nombre de la Firma en el Rubro de Según el rubro de la Autorización de Apertura expedido por el DRVS o según lo solicitado, ubicado en citar dirección del lugar**,** propiedad de Nombre del propietario / representante legal.

**Solicita/Comunica (Indicar tramite)**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | ([ ] ) Rubrica de Libro: Psicotrópico ([ ] ) Estupefaciente ([ ] ) Recetario ([ ] ) |
| **2** | ([ ] ) Trasferencia: De Coloque nombre de dueño anterior.: A: Coloque nombre de nuevo dueño/representante legal |
| **3** | ([ ] ) Cambio de Razón Social: De: Coloque nombre anterior A: Coloque nombre de nuevo |
| **4** | ([ ] ) Cambio de Denominación(Nombre de Fantasía): De: Coloque nombre anterior A: Coloque nombre de nuevo |
| **5** | ([ ] ) Otros. Coloque el trámite a solicitar |
|  | **Datos del Regente** |
| **6** | Nombre y Apellido  | Coloque el dato solicitado |
| **7** | C.I. N° | Coloque el dato solicitado |
| **8** | Número de Celular | Coloque el dato solicitado |
| **9** | Correo (e-mail) | Coloque el dato solicitado |
|  | **Datos del Propietario o Representante Legal** |
| **10** | Nombre y Apellido  | Coloque el dato solicitado |
| **11** | C.I. N° | Coloque el dato solicitado |
| **12** | Número de Celular | Coloque el dato solicitado |
| **13** | Correo (e-mail) | Coloque el dato solicitado |
| **14** | Señalar la doble regencia: | Coloque el dato solicitado |

Por la presente declaro bajo fe de juramento que toda la información precedentemente brindada así como todas las documentaciones que se adjuntan a la presente solicitud, se ajustan a la verdad, son correctas, legales y completas. Así mismo que el propietario, representante legal, responsable técnico, gestor y profesional que firma los planos no se encuentran inhabilitados o en contravención a las prohibiciones establecidas por el Art. 60 de la ley Nº 1626/00 “De la Función Pública”. Esta solicitud y los datos consignados tienen carácter de Declaración Jurada, por lo que de ser falsos, tengo pleno conocimiento y asumo las consecuencias legales y responsabilidad civil o penal que ello implica. (Art. 243 del Código Paraguayo, pena privativa de libertad de hasta 5 años).

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………….. | …………………………………….. |
| Representante/s Legal/es | Responsable Técnico (Regente) |
| C.I. Nº | Reg. Prof. Nº |
| Aclaración | C.I. Nº |