Escribir nombre de la ciudad,Elegir fecha

**Señor/a**

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

**Departamento Regional** N° de Región SanitariaElija un elemento.

**Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria - DINAVISA**

**Presente:**

El/La que suscribe Nombre del regente de la firma de Profesión, completar profesión con Reg. Prof. N° Número Regente de Nombre de la Firma en el Rubro de según rubro de la Autorización de Apertura o según solicitado, ubicado en localidad Citar localidad y dirección**,** 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. 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 Completar Reg. Prof. Nº Completar

Aclaración Escribir nombre y apellido C.I. Nº Completar

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |