Escribir la ciudad, fecha, año.

**Señor/a**

**Qco. Fco. Jorge Iliou, Director Nacional**

**DINAVISA**

**Presente:**

El/La que suscribe:nombre del propietario/representante legal del establecimiento, C.I N° número de CI del propietario/representante legal del establecimiento,

Propietario de la Firma: completar la razón social de la firma,

RUC:número de RUC de la firma, RE N°: completar en Nro. de RE de la farmacia ,

Farmacia Habilitada Vinculada a la Máquina: completar el nombre o identificación de la fcia. ,

Ciudad: ciudad en la que se encuentra la farmacia Dpto.: dpto. correspondiente a la ciudad,

Regente del Establecimiento: nombre del regente de la farmacia, C.I N° nro. CI del regente

Profesión: completar la profesión del regente de la farmacia Reg. Prof. N.º: completar el número de registro profesional

Teléfonos: completar el número de teléfono del local, Correo electrónico: completar la dirección de correo electrónico del local

N° de serie de la Máquina: completar el número de serie de la máquina expendedora .

**Solicitan / Comunican**

([ ] ) Constancia de autorización para uso de máquinas expendedoras.

([ ] ) Constancia de renovación de autorización para uso de máquinas expendedoras.

([ ] ) Constancia de autorización de traslado de máquinas expendedoras.

De: completar dirección autorizada por DINAVISA

A: completar nueva dirección

………………………………………….. ………………………………

 Firma Firma

 Propietario Regente