

## PLANILLA PARA EFECTUAR CAMBIOS EN ESTABLECIMIENTOS HABILITADOS

Solicito al Ministerio de Salud, según la Ley Provincial G N° 4.438 y sus modificatorias; y Decreto Reglamentario, autorización para efectuar modificaciones en el/los rubros que a continuación consigno:

Tildar el/los correspondiente/s:

- Cambio de Director Técnico.
- Cambio Farmacéutico Adscripto/Auxiliar.
- Incorporación Farmacéutico Adscripto/Auxiliar.
- Cambio de Propiedad.

1.- **NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:** .....

2.- **PROPIETARIO:**

2 .1.- Nombre del Propietario: .....

2 .2.- D.N.I./CUIT del Propietario : .....

En caso de ser una sociedad describir sus integrantes:

Nombre y Apellido : ..... \* DNI: .....

Nombre y Apellido : ..... \* DNI: .....

Nombre y Apellido : ..... \* DNI: .....

3.- **UBICACIÓN Y DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO:**

Calle: ..... N° : ..... Tel.: .....

Localidad: ..... Provincia : .....

4.- **DATOS DE DIRECTOR TECNICO/ADSCRIPTO/AUXILIAR (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)**

Nombre y Apellido: ..... \* DNI: .....

Nacionalidad: ..... Título: .....

Matrícula Provincial N° : ..... Localidad: .....

Calle: ..... N° : ..... Tel.: .....

5.- **TIPO Y RAMAS DE ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO:**

.....  
.....

**e - mail de contacto :** .....

**celular de contacto :** .....

Fecha : .....

-----  
Firma y Aclaración

-----  
Firma y Aclaración

-----  
Firma y Aclaración