

PLANILLA DE SOLICITUD

Solicito al Ministerio de Salud, según la Ley Provincial G N° 4.438 y sus modificatorias; y Decreto Reglamentario, la **Habilitación/Rehabilitación/Traslado/Reserva de Prioridad**, del establecimiento **Farmacia/Droguería** (Tachar lo que no corresponda), cuyos datos a continuación consigno:

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.- **DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO:**

Calle: N° : Tel.:

Localidad: Provincia :

4.- **DATOS DE IDENTIFICACION DEL DIRECTOR TECNICO:**

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