

SOLICITUD DE HABILITACIÓN

Lugar y Fecha.....

Sr.
Director de Fiscalización Sanitaria
S/D

De nuestra consideración:

El que suscribe solicita al Director de Fiscalización Sanitaria, la

habilitación de un establecimiento de con los
siguientes datos:

Denominación:.....

Propietarios:.....

.....

Director:.....

Mat.Nº.....

Co Director:.....

Mat Nº.....

Dirección:.....Localidad.....

Partido:.....Pcia. de Buenos Aires. CP.....

Domicilio legal: 60 Nº 1023/25 La Plata. CP 1900.

Fecha de inspección: (a partir de la cual puede ser inspeccionada). A partir de:.....

Teléfono:.....

E Mail:

Sin otro particular, saluda a Ud. Muy Atte..

Firmas.