

SOLICITUD DE BAJA

Lugar y Fecha.....

Sr.
Director de Fiscalización Sanitaria
S/D

Ref. Exp:.....

De nuestra consideración:

El que suscribe solicita al Director de Fiscalización

Sanitaria, la **BAJA DEFINITIVA** del establecimiento:

Denominación:.....

Dirección:

Localidad.....Partido.....CP.....

Propietarios:.....

Teléfono:.....

E Mail:

Director Técnico de Baja.....

Matrícula N°:.....

Sin otro particular, saluda a Ud. muy atte.

Firmas