

**SOLICITUD DE HABILITACION DE  
GABINETE DE LENTES DE CONTACTO**

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

**Sr.**  
**Director de Fiscalización Sanitaria**  
**S/D**

\_\_\_\_\_

**Ref.:** \_\_\_\_\_

De nuestra consideración

El que suscribe solicita al Director de Fiscalización Sanitaria,  
la **habilitación del gabinete de lentes de contacto** en la óptica ya habilitada con los siguientes  
datos:

Denominación \_\_\_\_\_

Propietarios \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Director \_\_\_\_\_

Mat. N° \_\_\_\_\_

Co Director \_\_\_\_\_

Mat. N° \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_  
Firma Propietario/s

\_\_\_\_\_  
Firma Director/es Técnico/s