Ciudad,……………………

**Qca. Fca. Lourdes Rivaldi**

**Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria**

**M.S.P. y B.S.**

**Presente:**

El/La que suscribe………………………………………………………………………….de

Profesión…………………………………………………………. con Reg. Prof. N°………

Regente de ……………………………………………………………………….en el Rubro de…………………………………………….. ………………………………………………

………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………..

Ubicado en……………………………………………………………………………...........

Propiedad de…………………………………………………………………………………..

**Solicita/Comunica**

( ) Toma de regencia ( ) Sustitución de Regencia

( ) Inspección

( ) Apertura

( ) Renuncia de Regencia

( ) Renovación de Contrato

( ) Cierre Temporal ( ) Cierre Definitivo

( ) Rubrica de Libro……… Psicotrópico……… Estupefaciente……… Recetarío…………..

( ) Traslado de Local de:

( ) Trasferencia de………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………….

( ) Cambio de Razón Social de:

( ) Reapertura de Local: ………………………………………………………………………..

( ) Renovación de Apertura.

( ) Ampliación de Rubro…………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

N° de Teléfono del Regente:……………..

N° de Teléfono del Propietario:…………..

Señalar la doble regencia…………………

--------------- --------------

Propietario Regente