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