2Cuidad, 2Elija una fecha de, Elija un mes de, Elija un año

**Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria**

**Presente**

El/La que suscribe 2Haga clic aquí para escribir la Profesión y el nombre del Director Técnico/Regente Reg. Prof. Nº 2Haga clic aquí para escribir el número de Reg. Prof., regente del establecimiento 2Haga clic aquí para escribir el nombre y N°. de RUE del Establecimiento, sito en 2Haga clic aquí para escribir la dirección del Establecimiento, ciudad de 2Haga clic aquí para escribir la ciudad, se dirige a Ud., en relación al Acta de Inspección N°. DIV-2Haga clic aquí para escribir número de acta/2Haga clic aquí para escribir año, a fin de solicitar la emisión del Certificado de Cumplimiento deBuenas Prácticas de:

2Elija un elemento., para las/os Líneas/Rubros siguientes:

|  |  |
| --- | --- |
| **Código arancelario1** | **Líneas y/o Rubros Certificados2** |
|  | 2Haga clic aquí para escribir las Líneas que fueron inspeccionadas y/o los Rubros respectivos |

Esperando una respuesta favorable a lo solicitado, salúdale atentamente.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma y sello: ……………………………… | Firma y sello: ……………………………… |
|  |  |
| 2Haga clic aquí para escribir Nombre y C.I. N° | 2Haga clic aquí para escribir Nombre y N° de Reg. Prof. N° |
| **Representante Legal** | **Regente/Director Técnico** |

**1Requisitos documentales a ser ANEXADOS para su verificación:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Presenta (Sí / No)** | **Documento a ser anexado** |
|  | Copia de la Autorización de Funcionamiento del establecimiento (vigente), emitido por la DRVS correspondiente. |
|  | Copia de la **CONCLUSIÓN** del **FOR-DIV-30 INFORME DE INSPECCIÓN DE BPAyD/ FOR-DIV-31 INFORME DE INSPECCIÓN DE BPFyC / FOR-DIV-33 INFORME DE EVALUACIÓN DE DESCARGO DE BPAyD.** |
|  | Recibo de pago de arancel realizado en la **Sección de Perceptoría DINAVISA.** |