**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Lugar de celebración: | Lugar de celebración. |
| **2** | Fecha de celebración: | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **3** | Fecha de vigencia: | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **4** | Contratante: | Nombre del contratante |
| **a)** | Propietario o Representante Legal: | Nombre del Propietario / Representante Legal |
|  | Domicilio: | Dirección |
|  | Estado civil: | Elija un elemento. | Nacionalidad: | Nacionalidad. |
|  | C.I. N°: | C.I. N° |
|  | Profesión: | Profesión. |
| **b)** | Regente: | Nombre del Regente. |
|  | Domicilio: | Dirección. |
|  | Estado civil: | Elija un elemento. | Nacionalidad: | Nacionalidad. |
|  | C.I. N°: | C.I. N° |  |
|  | Profesión: | Profesión. | Reg. Prof. N°: | Reg. Prof. N°. |
| **5** | Clase de trabajo: | Clase de Trabajo a desarrollar. |
| **6** | Nombre de la Firma/Farmacia: | Nombre de la Firma / Farmacia |
| **7** | Dirección de la firma: | Dirección de la firma. |
| **8** | Salario mensual: | Salario mensual |
| **9** | Plazo de Contrato: | Duración del contrato. |
| **10** | El regente se obliga a prestar servicios estipulados en el Contrato y dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes. |
| **11** | Estipulaciones Especiales: |
| **a)** | Ambas partes se obligan a cumplir fielmente todas y cada una de la cláusula de contrato. |
| **b)** | Ambas partes que en caso de deseo de renuncia al Contrato, deberán comunicar por escrito a la contraparte con treinta días de anticipación. |
| **c)** | Como prueba de conformidad, ambas partes contratantes suscriben el presente Contrato. En cuatro ejemplares de un mismo tenor y a solo efecto, obligándose a cumplir todas sus partes conforme a derecho- una copia quedara en los archivos de la Oficina Técnica Regional en carácter de homologación, otra en poder del Regente, la tercera en poder del Propietario, cualquiera de las dos partes podrá en cualquier momento reducirlo a escritura pública y la cuarta en poder de la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. |

|  |  |
| --- | --- |
| **………………………………..** | **………………………………..** |
| **Nombre de Propietario/Apoderado** | **Nombre de Regente** |
| **Apoderado Legal** | **Regente** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **………………………………..** |
| **Jefe o Encargado del Departamento** |
| **Regional de Vigilancia Sanitaria** |