



DIRECCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AFINES Y TECNOLOGÍA SANITARIA



TESÁI HA TEKÓ
PORÁVE
Motenondécha
Ministerio de SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

TETĀ REKUĀI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente

Formulario N°2

ROTULO

NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO(Fantasia):			
CARÁCTER/ES:			
<u>Razón Social:</u>			RUC N°:
Dirección:			Teléfono:
Ciudad:		Departamento:	
<u>Propietario/Apoderado(1):</u>			RUC N°:
Dirección Part.:			C.I. N°:
Ciudad:		Departamento:	
<u>Propietario/Apoderado(2):</u>			RUC N°:
Dirección Part.:			C.I. N°:
Ciudad:		Departamento:	
<u>Responsable Técnico(Regente):</u>			Reg. Prof. N°:
Dirección Part.:			C.I. N°:
Ciudad:		Departamento:	
<u>Arquitecto/Ing. Civil:</u>			Pat. Mun. N°:
Dirección Part.:			C.I. N°:
Ciudad:		Departamento:	
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO			
Local: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Alquilado <input type="checkbox"/> Otro (Aclarar):			
Teléfono:		Celular:	E-mail:
Dirección del Establecimiento:			
Ciudad:		Departamento:	
Barrio/Compañía:			
<u>Superficies:</u> Terreno:		Cubierta:	Cta. Cte. Catastral N°:
<u>Firmas:</u>	Propietario/a o Apoderado/a		Responsable Técnico (Regente)
			Consta en Planos
<p>Por la presente declaro bajo Fe de Juramento que toda la información precedentemente brindada así como todas las documentaciones que se adjuntan a la presente solicitud, se ajustan a la verdad, son correctas, legales y completas. Asimismo que el propietario, representante legal, responsable técnico, gestor, y profesional que firma los planos no se encuentran inhabilitados o en contravención a las prohibiciones establecidas por el Art.60 de la Ley N° 1626/00 “De la Función Pública.” Esta solicitud y los datos consignados tienen carácter de Declaración Jurada, por lo que de ser falsos, tengo pleno conocimiento y asumo las consecuencias legales y responsabilidad civil o penal que ello implica. (Art. 243 del Código Penal Paraguayo, pena privativa de libertad de hasta 5 años).</p>			