

F- 427

HABILITACION PRODUCTOS ZOOTHERAPICOS

TIPO DE HABILITACION (marque lo que corresponda, sólo una opción)

- VETERINARIA POR MENOR
 DISTRIBUIDORA POR MAYOR

TIPO DE TRAMITE (marque lo que corresponda, o especifique Nro a rehabilitar)

- Alta Habilitación
- Rehabilitación N°
- Cambio de Regente

TITULARIDAD

- Razón Social:
- CUIT:
- Dirección :
- Localidad: CP.....
- Teléfono:
- Email :
- Nombre y Apellido responsable :
- #Carácter:
- #DNI:

ESTABLECIMIENTO

- Nombre fantasía :.....
- Dirección:
- Localidad:CP.....
- Teléfono:
- Pagina Web:
- Tipo de comercio c/ farmacia de zoterápicos: (completar solo si es habilit.Veterinaria por menor)
(Marque lo que corresponda)
 - Consultorio
 - Pet Shop
 - Peluquería Canina
 - Clínica Veterinaria
 - Forrajería
 - Agroveterinaria

MEDICO VETERINARIO REGENTE

- Nombre y Apellido:
- DNI :
- Dirección:
- Localidad:CP.....
- Teléfono:
- Email:
- MP:

.....
Firma y Sello

HABILITACION MUNICIPAL

- **Si**
 - Numero:
 - Vigencia:

- **No, en trámite**
 - Vigencia del certificado provisorio:

“El/La que suscribe.....DNI....., en su carácter de....., de la Razón Social....., declara bajo juramento que los datos ut supra fueron consignados de manera fehaciente y acompañados de la documentación exigida.”

Firma Certificada

Córdoba,dede 20.....