



Contralorías Sanitarias Estadales
División de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

SOLICITUD DE PERMISO DE FUNCIONAMIENTO A LAS CASAS NATURISTAS

			FECHA DE SOLICITUD		04. N° DE SOLICITUD
			01. DÍA	02. MES	03. AÑO
05. TIPO DE SOLICITUD <input type="checkbox"/> SOLICITUD <input type="checkbox"/> RENOVACION			06. ESTADO RECEPTOR DE LA SOLICITUD		

A.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

07. TIPO DE PERSONA <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/> NATURAL				08. N° DE CEDULA			
09. NOMBRE DE LA PERSONA NATURAL O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA:				10. RIF			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA							
11. ESTADO		12. MUNICIPIO			13. CIUDAD		
DIRECCIÓN							
14. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			15. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA			16. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	
17. PISO/PLANTA/LOCAL		18. CÓDIGO POSTAL		19. PUNTO DE REFERENCIA			
20. N° DE TELÉFONO		21. N° DE FAX		22. CORREO ELECTRÓNICO		23. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	

B.- DATOS DEL REGISTRO MERCANTIL DEL ESTABLECIMIENTO

MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL							
24. REGISTRO	25. CIRCUNSCRIPCIÓN	26. TOMO	27. NÚMERO	PROTOCOLIZACIÓN			31. MODIFICACIÓN
				28. DÍA	29. MES	30. AÑO	

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ portador de la Cédula de identidad N° _____, actuando en mi carácter de REPRESENTANTE, declaro bajo juramento que:

1. El contenido total de la información es absolutamente cierto y veraz.
2. La Empresa a la que represento prestará todas las facilidades que solicite la Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

Por todo ello mediante mi persona, y/o la empresa asume que la autoridad contralora sanitaria podrá iniciar las acciones administrativas, además de solicitar el inicio de las acciones civiles y/o penales que correspondan.

FIRMA DEL REPRESENTANTE