

ANEXO II

SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA ACTUAR COMO RESPONSABLE TECNICO

Apellido y Nombre:

Documentos de Identidad: DNI – LC – LE – CI N°

Domicilio: Título habilitante:

N° de Matrícula:

Graduado en la Universidad de:

Código Postal

Teléfono

Actividad que realiza el establecimiento con productos médicos: (Fabricación, comercio por mayor, comercio por menor).

Firma del Titular o representante legal

Firma del Responsable Técnico

Aclaración

Aclaración

Tipo y N° de documento

Tipo y N° de documento