

………………….. ,……..de2016.-

El que suscribe,...................................................................., DNI N° ............................, en mi carácter de ……………………………………………….. de …......................................................................., CUIT N°............................ y, por la facultad que me otorga el estatuto social que acompaño, solicito inscribir a la razón social antedicha en el Registro Nacional de Entes Sanitarios del SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD Y CALIDAD AGROALIMENTARIA, para formar parte de la Red Institucional establecida en el Artículo 7° de la Ley 27.233 y conforme lo reglamentado en la Resolución SENASA N° 671 del 23 de Noviembre de 2016, que declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

**DOMICILIO LEGAL**

Calle: ………………………………………….…………Número:…………….. Piso: ……..… Ofic/dpto.: ……………..

Localidad: ……………………………………………………………... Provincia: ………………………….……………………

Correo electrónico:……………………………………………… Teléfono: ………………………………………………....

**ACTIVIDADES**

|  |  |
| --- | --- |
| Acción Sanitaria |  |
| Acción Fitosanitaria |  |
| Investigación aplicada |  |
| Investigación productiva |  |

**DETALLE DE INFORMACIÓN ADJUNTA**

|  |  |
| --- | --- |
| Acta de constitución |  |
| Estatuto |  |
| Designación de Autoridades |  |
| Constancia inscripción personería jurídica |  |
| Constancia de inscripción en AFIP |  |
| Certificado de inscripción/exención de Ingresos Brutos |  |
| Último balance |  |
| Otros |  |

**OBSERVACIONES**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Declaro bajo juramento, con el alcance de lo previsto en el Artículo N° 292 del Código Penal, que los datos aquí consignados son correctos y que dicha declaración se confeccionó sin omitir o falsear dato alguno que deba contener.

…………………………………………………………………….

Firma y aclaración

**CAMPOS RESERVADOS PARA SENASA**

………………………………………

Firma y aclaración

**Solicitud recibida**

NUMERO DE EXPEDIENTE

……………………………………