Solicitud de **RECTIFICATORIA DE DISPOSICIÓN**

**A la DIRECCIÓN NACIONAL de HABILITACIÓN, FISCALIZACIÓN y SANIDAD de FRONTERAS:**

Quien suscribe:

|  |  |
| --- | --- |
|   | Titular del Establecimiento |
|   | Profesional |  |
|   | Apoderado *(Debe hacerse mediante AFIP)* |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |   |
| Apellido |   |
| Domicilio |   |
| CUIT |   |
| Teléfono |   |
| Mail |   |
| Cargo |   |
| Profesión |   |
| Matricula N° |   |

|  |
| --- |
| Datos del Establecimiento (En caso de corresponder) |
| Razón Social |   |
| CUIT |   |
| Domicilio |  |
| Habilitado por Disposición N° |   |

|  |
| --- |
| Solicita por medio de la presente la **RECTIFICATORIA DE DISPOSICIÓN N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Indicar texto a reemplazar:**

|  |
| --- |
|  |

**DECLARO BAJO JURAMENTO LA VERACIDAD DE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS.**

Firma y sello del Titular