



# ANMAT

Administración Nacional de Medicamentos  
Alimentos y Tecnología Médica



## DISPOSICIÓN 5054/09

|  |  |
|--|--|
| FECHA:   |  |
| NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO   |  |
| RAZON SOCIAL   |  |
| DOMICILIO Legal/Administrativo   |  |
| DOMICILIO REAL   |  |
| LOCALIDAD  |  |
| PROVINCIA  |  |
| TEL Y FAX  |  |
| e-mail   |  |
| DT   |  |
| MATRICULA PROFESIONAL  |  |
| N° Acto Administrativo NOMBRAMIENTO DT   |  |
| N° Acto Administrativo HABILITANTE.  |  |
| HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO  |  |
| <i>DEJO CONSTANCIA QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA REVISTE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA.</i> |  |
| FIRMA Y SELLO DT y Apoderado/ Representante Legal.   |  |