



**MINISTERIO DE SALUD - PROVINCIA DE CHUBUT**

**DIRECCION PROVINCIAL DE FISCALIZACION Y MATRICULACION**

**FORMULARIO 17 SOLICITUD DE BAJA DE ESTABLECIMIENTO**

En la localidad de..... a los días ..... del mes.....del año.....

El/la que suscribe: ..... en carácter de Responsable Legal del Establecimiento denominado ..... habilitado por Disposición N° ....., tramitado por Expediente N°..... solicita la **BAJA** del citado Establecimiento.

Solicito que el instrumento legal por el cual se realice la baja peticionada sea enviada a: calle .....N°..... CP.....localidad.....

Se adjunta instrumento legal y certificado habilitante del establecimiento de baja 

SI	NO
----	----

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable legal

Firma y sello funcionario actuante.-

Fecha de recepción:...../...../.....