

DISPOSICION 7038/15	
FECHA:	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	
RAZON SOCIAL	
DOMICILIO LEGAL/ ADMINISTRATIVO	
DOMICILIO REAL	
LOCALIDAD	
PROVINCIA	
Nº HABILITACIÓN SANITARIA LOCAL	
TEL / FAX	
e-mail	
GLN	
DIRECTOR TÉCNICO	
DNI	
Nº MATRICULA PROFESIONAL	
Nº ACTO ADMINISTRATIVO DE NOMBRAMIENTO	
HORARIO DE FUNCIONAMIENTO	
<i>DEJO CONSTANCIA QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA REVISTE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA.</i>	
FIRMA Y SELLO DT y Apoderado/ Representante Legal.	