



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE ESTABLECIMIENTO PARA EJERCICIO VETERINARIO

_____ , _____ de _____ de 20_____

Señor Presidente del Directorio del Colegio de Médicos Veterinarios de Entre Ríos SU DESPACHO

El que suscribe, cuyos datos personales y profesionales constan a continuación, solicita se lo autorice e inscriba en el “REGISTRO DE DIRECCIONES TÉCNICAS Y REGENCIAS” que lleva el Colegio de Médicos Veterinarios de Entre Ríos y de acuerdo con las disposiciones del Decreto Ley Nº 6551, ratificado por Ley Nº 7503, a cuyo efecto expresa formalmente conocer las disposiciones establecidas al respecto por la citada Ley y el “REGLAMENTO DE REGISTRO DE DIRECCIONES TÉCNICAS EN E.V.P.V. Y DESEMPEÑO PROFESIONAL” (Resolución Nº 7/81 CMVER), y manifiesta en carácter de “declaración jurada” lo siguiente:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido y Nombres: _____

Titulo Habilitante (según diploma): _____ Matricula CMVER Nº: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Domicilios

Real: _____ Localidad: _____

Profesional: _____ Localidad: _____

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Denominación: _____

Nombre - Razon Social de la Persona Propietaria del Establecimiento: _____

Categoría del EVPV (Art. 3º Res. 7/81 CMVER): A- Minorista B- Mayorista/Distribuidor

Domicilio: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____

OTROS DATOS

Carácter en que se desempeñara el solicitante (Directore Técnico o Regente): _____

Adjunta contrato de Regencia: Si No

Permanencia del DT, Regente o Profesional Auxiliar: Decreto 2114, reglamentario de la Ley 10986: Art.14º.- Establécese la obligatoriedad de la presencia del Director Técnico, Regente o Profesional Auxiliar en todo momento en que el establecimiento se encuentre abierto al público o en actividad, con la excepción de ausencias momentáneas y excepcionales por un período que no supere los TREINTA (30) minutos, debiendo el profesional asentar el horario en el que se retira en el Libro Recetario.

Firma y Aclaración del particular propietario

Firma del Médico Veterinario peticionante

CONSTE que en mi carácter de Presidente de la Seccional Departamental _____ avalo los datos personales y de actividad profesional expuestos en la presente solicitud por el Méd. Vet _____

Nº DT/_____

Acta Nº: _____ Directorio: _____

Firma y aclaración del Presidente Seccional