



## MODIFICACIÓN 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