



FORMULARIO DE REGISTRO DE LABORATORIO

| | | | | |
|---|----------------|--|---------------------|------------------------------|
| NOMBRE COMERCIAL DEL LABORATORIO: | | | | |
| NOMBRE O DENOMINACION SOCIAL DEL REGISTRANTE (COMERCIANTE INDIVIDUAL, SOCIEDAD MERCANTIL, ASOCIACION CIVIL): | | | | |
| Dirección exacta del Registrante: | | Ciudad: | | Departamento: |
| Teléfono 1: | Teléfono 2: | Correo Electrónico Laboratorio: | | |
| Nombre Propietario o Representante Legal del Registrante: | | | | DNI: |
| Profesión: | | Teléfono: | Celular: | Nacionalidad: |
| Total Empleados Laboratorio: | Microbiólogos: | Técnicos: | Auxiliares: | Administrativos: |
| Nombre del Regente: | | | No. de Colegiación: | |
| DNI Regente: | | Teléfono Regente: | | Celular Regente: |
| Correo Electrónico Regente: | | Número de Sucursales: | | Número de Tomas de Muestras: |
| Dirección exacta del Laboratorio (Incluye Ciudad y Departamento): | | | | |
| Fecha del Formulario: | | Firma y Sello (Si lo tiene) del Representante Legal o Apoderado: | | |