



FORMULARIO DE REGISTRO DE TOMA DE MUESTRA

NOMBRE COMERCIAL DEL LABORATORIO PRINCIPAL:				
NOMBRE O DENOMINACION SOCIAL DEL REGISTRANTE (COMERCIANTE INDIVIDUAL, SOCIEDAD MERCANTIL O ASOCIACION CIVIL):				
Dirección exacta del Registrante:			Ciudad: Departamento:	
Teléfono (1)	Teléfono (2)		Celular:	
Correo electrónico:				
Nombre de Propietario o Representante Legal del Registrante:			DNI:	
Profesión:		Teléfono:	Celular:	Nacionalidad:
Total Empleados de Toma de Muestra:	Microbiólogos:	Técnicos:	Auxiliares:	Administrativos:
Dirección Exacta de Toma de Muestra (Incluye Ciudad y Departamento):				
Fecha de Formulario:	Firma y Sello (Si lo tiene) del Representante Legal o Apoderado:			