



ANEXO II
RECONOCIMIENTO DE ACREDITACIÓN Y REGISTRO DE LABORATORIOS DE
SALUD PÚBLICA Y/O AGROALIMENTARIOS

SOLICITUD

DATOS SOLICITANTE			
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZON SOCIAL			
NIF	DOMICILIO	CÓDIGO POSTAL	
MUNICIPIO	PROVINCIA	TELÉFONO	FAX
REPRESENTANTE LEGAL, EN SU CASO			

DATOS DEL LABORATORIO	
TITULAR DEL LABORATORIO	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	
DOMICILIO	CÓDIGO POSTAL
MUNICIPIO	PROVINCIA

EXPOSICIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>EXPONE</p> <p>Que habiendo sido el laboratorio del que es titular acreditado por, para la realización de los ensayos relacionados en el certificado adjunto, desea dedicar su actividad a la realización de pruebas con validez de control oficial.</p> <p>Por lo que SOLICITA,</p> <p>le sea reconocida la ACREDITACION, y sea inscrito en el Registro de Laboratorios de Salud Pública y/o Agroalimentarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en la SECCIÓN DE LABORATORIOS CON RECONOCIMIENTO DE ACREDITACION.</p> <p>En a de de 200</p> <p>Fdo.:</p>

ILMO SR. DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA