



ANEXO I

AUTORIZACIÓN 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

SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>SOLICITA le sea concedida la correspondiente autorización e inscripción 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 AUTORIZADOS.</p> <p>En a de de 200</p> <p>Fdo.:</p>

ILMO SR. DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA