 UNIDAD POLITICAS FARMACEUTICAS Y PROFESIONES MÉDICAS

**SOLICITUD DE CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL Y/O REPRESENTANTE LEGAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO O PRESTADOR DE SALUD**  |
| Nombre del establecimiento |  |
| Tipo de establecimiento |  |
| Nº y fecha de resolución |  |
| Dirección |  |
| Comuna |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACION DE PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL** |
| Nombre del propietario/razón social |  |
| Nombre representante legal |  |
| Rut representante legal |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACION DEL DIRECTOR TÉCNICO** |
| Nombre |  |
| Rut director técnico |  |
| Profesión |  |
| Correo electrónico |  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTOS A ADJUNTAR A LA SOLICITUD** |
| Constitución sociedad  |  |
| Fotocopia RUT de la sociedad |  |
| Contrato de compra venta del establecimiento |  |
| Comprobante de pago del arancel correspondiente a la prestación de servicio  |  |

Declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos administrativos y las condiciones establecidos en la legislación vigente, para solicitar Cambio de Razón Social o Cambio de Dominio.

\*Todos los documentos que presente serán en original o fotocopia legalizada ante Notario.

\*Que si en la revisión posterior, efectuada por la Autoridad Sanitaria, se verificare que los datos entregados en este documento no son fidedignos, esto será causal suficiente para denegar la presente solicitud.

\*El cambio de razón social solo tiene por objeto certificar el nombre del actual responsable de la actividad singularizada y en ningún caso autoriza las eventuales modificaciones o de funcionamiento que se hubieran introducido y que requieren de una nueva autorización

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre, RUT y firma representante legal**