

ELIMINADO

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	SALUD PUBLICA		Codigo: F-SP-VC08-23
	FORMULARIO UNICO DE INSCRIPCION PARA ESTABLECIMINEOTS EXPENDEDORES DE ALIMENTOS		Fecha Aprobacion: 10/09/12
			Version: 01
			Pagina 1 de 1

FECHA:	DIA:	MES:	AÑO:
--------	------	------	------

**1. DATOS GENERALES DEL PROPIETARIO**

Nombres y Apellidos:	
Cédula de Ciudadanía:	Expedida:
Dirección:	Ciudad:
Departamento:	Municipio:
<input type="checkbox"/> Propietario: <input type="checkbox"/> Representante legal:	
Dirección para notificación:	Ciudad:
Email:	Teléfono(s):

**2. DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre o razón social :	
	Nit:
Dirección:	
Departamento:	Municipio:
Tipo de Establecimiento ( Exp. Carne ,Tienda, supermercados, Panaderías, Fuentes de soda,etc.):	
Telefono:	Numero de Operarios:
Dirección para notificación:	Nivel de riesgo del Establecimeinto (Alto o Bajo):
Email:	

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROPIETARIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA TECNICO AREA DE LA SALUD