

SOLICITUD PARA CAMBIO DE NOMBRE CORPORATIVO, NOMBRE DE ENTIDAD O INDIVIDUO EN REGISTRO DE ESTABLECIMIENTO DE CANNABIS MEDICINAL

Número de Solicitud o Licencia Aprobada <small>(Para uso de la Oficina)</small>	Fecha <div style="text-align: center;"> ____ / ____ / ____ día mes año </div>
---	--

Debe llenar cada una de las partes de esta solicitud con claridad y en su totalidad. Si alguna respuesta no aplica a su caso, indíquelo respondiendo con N/A.

Se requiere la siguiente información adicional:

Solicitante N/A Oficina

- Copia de resolución corporativa certificando el cambio de nombre.
 Copia de cualquier enmienda hecha a los estatutos o "by-laws" de la entidad jurídica.

Entrega de solicitud:

- No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos.
- Debe incluir el pago del arancel correspondiente, según indicado en la Sección II de este formulario, el cual se puede hacer mediante cheque certificado, cheque de gerente o giro a nombre del Secretario de Hacienda. (Véase el Artículo 89 inciso (c) del Reglamento 8766 para el Uso, Posesión, Cultivo, Manufactura, Fabricación, Dispensación, Distribución e Investigación del Cannabis Medicinal).
- La Oficina de Sustancias Controladas y Cannabis Medicinal se reserva el derecho de requerir información y documentación adicional durante el proceso de investigación de cada solicitud. La información adicional deberá ser provista a la Oficina en o antes de siete (7) días a partir de que sea requerida, a menos que la Oficina indique otra cosa. Si el Solicitante no provee la evidencia o información requerida en o antes de la fecha límite establecida por la Oficina, esto puede resultar en la denegación de su solicitud.
- Debe someter su solicitud **personalmente** en el:

Departamento de Salud
Oficina de Sustancias Controladas y Cannabis Medicinal
1506 Ave. Ponce de León, 3er Piso
San Juan, Puerto Rico 00922

SECCIÓN I Información General

Antiguo Nombre de la Corporación / Solicitante			
Nuevo Nombre de la Corporación / Solicitante			
Nombre del dueño			
Dirección física de la Corporación / Solicitante			
Pueblo	Código Postal	Correo Electrónico	
Dirección postal de la Corporación / Solicitante			
Pueblo	Código Postal	Teléfono	Seguro Social Patronal
Estructura Legal del Establecimiento	<input type="checkbox"/> Un solo dueño <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Sociedad limitada <input type="checkbox"/> Corporación C <input type="checkbox"/> Corporación S <input type="checkbox"/> Sociedad de responsabilidad limitada <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Compañía de emisión pública <input type="checkbox"/> Otra		

SECCIÓN II Arancel

Tipo	Arancel por Solicitante
CAMBIO DE NOMBRE	\$100.00

Nombre y firma del Solicitante	Fecha <div style="text-align: center;"> ____ / ____ / ____ día mes año </div>
Nombre y firma del técnico que recibe los documentos <small>(Para uso de la Oficina)</small>	Fecha <div style="text-align: center;"> ____ / ____ / ____ día mes año </div>

