

REGISTRO DE ARTISTAS DERMATOGRAFOS

SOLICITUD DE LICENCIA PARA ESTUDIO DE TATUAJES

SOLICITUD PARA: () NUEVA CREACION () RENOVACION () CAMBIO DE DUEÑO
() CAMBIO DE NOMBRE () REUBICACION

MUNICIPIO _____ FECHA _____

A. INFORMACION DEL ESTUDIO:

Nombre del Estudio _____ Seguro Patronal _____

Permiso de Uso de Arpe # _____ Patente Municipal # _____

Dirección Física _____
Calle Urbanización Zip Code

Dirección Postal _____

_____ Teléfono (787) - _____

Fax _____ Correo Electrónico _____
(e-mail)

B. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

() INDEPENDIENTE () ASOCIACION () SOCIEDAD () CORPORACION

Nombre _____

Dirección _____
Calle Número Urbanización

_____ Teléfono (787) - _____
Pueblo País Zip Code

Dirección Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____
Mes Año

Sexo: _____ M _____ F Licencia de Conducir # _____

NOTA: EN CASO DE SOCIEDAD, ASOCIACION O CORPORACION DEBERA SER ACOMPAÑADA ESTA SOLICITUD CON UNA CERTIFICACION DEL DEPARTAMENTO DE ESTADO QUE INDIQUE LA RAZON COMERCIAL, NOMBRE Y DIRECCION DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS

C. CERTIFICO: Que la información antes suministrada es correcta, completa y cierta.

Firma del Solicitante

Fecha

Al momento de entregar la solicitud asegúrese de que esté completa en todos sus apartados y de incluir los documentos descritos según el Anejo I. Todos los documentos deberán ser entregados en la siguiente dirección.

Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud

SARAFS

Antiguo Hospital Ruiz Soler Carr. #2 Marginal, Bayamón, Puerto Rico 00959

Tel. (787) 782-0120 Ext. 2210-2296-2292

Fax (787) 782-6540