del 20

(Ciudad y fecha)

SEÑOR

PRESIDENTE

SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SANIDAD VEGETAL Y DE SEMILLAS

RNPS N°:............

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

Solicito:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| OFICINA CENTRAL DE LA EMPRESA: | | | | |
| Dirección: | | | | |
| Ciudad: | Departamento: | | | |
| Teléfono: | Teléfono móvil: | | | |
| Correo electrónico: | | | | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL:** | | | | |
| Cédula de identidad Nº: | | | | |
| Dirección: | | | | |
| Ciudad: | Departamento: | | | |
| Teléfono: | Teléfono móvil: | | | |
| Correo electrónico: | | | | |
| **NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE TÉCNICO:** | | | | |
| Cédula de identidad Nº: | Matrícula Profesional Nº: | | | |
| Dirección: | | | | |
| Ciudad: | Departamento: | | | |
| Teléfono: | Teléfono móvil: | | | |
| Correo electrónico: | | | | |
| **UNIDAD DE ACONDICIONAMIENTO DE SEMILLAS** | Propio |  | Tercerizado |  |
| Dirección: | | | | |
| Ubicación Georreferenciada (GPS): | | | | |
| Ciudad: | Departamento: | | | |
| Teléfono: | Teléfono móvil: | | | |
| Correo electrónico: | | | | |
| Firma y aclaración  Representante Legal | | | | |