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  |