

ANEXO III

MODELO DE SOLICITUD DE REVALIDACIÓN DE LA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO DE ENTIDADES FABRICANTES Y/O AGRUPADORES DE PRODUCTOS SANITARIOS A MEDIDA

D/D^a.....
(nombre y apellidos o razón social)

con DNI o CIF

Domicilio.....
(calle, número, código postal, localidad)

Nombre o razón social de la empresa.....

.....

con domicilio o sede social

.....
(calle, número, código postal, localidad)

Teléfono , **Fax**

Declaro que deseo revalidar la Licencia de Funcionamiento nº:..... otorgada por Resolución de fecha.....

Acompaña copia de la concesión de Licencia de Funcionamiento.... SI NO

En**a****de****de 200**.....

Fdo:
(El interesado)