[www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)

**SOLICITUD PARA REGISTRO DE COMERCIALIZADORES DE HILO DE COMPETENCIA EN VOLANTINISMO**

**ANTECEDENTES DEL INTERESADO:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL** | | **RUT** | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
| **DIRECCIÓN** | | **NUMERO** | | | **LOCAL** | **DEPTO.** | | **EDIF./BLOCK** |
|  | |  | | |  |  | |  |
| **COMUNA** | | | | | | | | |
| **VILLA/POBLACIÓN** | **COMUNA** | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| **TELEFONO** | **CORREO ELECTRONICO** | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL SI CORRESPONDE** | | | | **RUT** | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| **DIRECCIÓN DE LOS LUGARES DE COMERCIALIZACIÓN** | | | **NUMERO** | | | | **COMUNA** | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
| **IDENTIFICACION DEL FABRICANTE DEL HILO DE COMPETENCIA** | | | **NUMERO DE RESOLUCION SANITARIA** | | | | **FECHA DE RESOLUCION SANITARIA** | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |

**DECLARACIÓN SIMPLE**

* **DECLARO CONOCER Y ACEPTAR** las obligaciones a las que me encuentro sujeto como comercializador de hilo de competición, en virtud de la Ley N° 20.700 y su Reglamento.
* Que los datos aquí declarados son fidedignos.
* Que si los antecedentes entregados al momento del ingreso de la solicitud no corresponden a la realidad, ésta será rechazada, la aprobación posterior será posible sólo reingresando una nueva solicitud, junto a los antecedentes requeridos y cancelando el arancel respectivo

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL COMERCIALIZADOR O REPRESENTANTE LEGAL**

