



ALCALDÍA MUNICIPAL DE MARCALA
DEPARTAMENTO DE LA PAZ, HONDURAS



Telf. (504) 2764-5329 Fax. 2764-5712

E-mail: alcaldiademarcala@yahoo.es

Permiso de Operación	
Apertura	
No. De Permiso	

Sr. Alcalde Municipal

Con el propósito de legalizar el funcionamiento del negocio de establecimiento que a continuación detallo le solicito me extienda el Permiso de Operación para la cual le proporciono la siguiente información:

NOMBRE DEL NEGOCIO: _____

DIRECCION COMPLETA DEL NEGOCIO: _____

ACTIVIDAD ECONOMICA: _____

CAPITAL SOCIAL: Lps. _____

FECHA DE INICIO: ____ DE ____ DEL 201 ____

R.T.N. DEL NEGOCIO _____ **TELEFONO:** _____

ROTULO: (pequeño) ____ (Mediano) ____ (Grande) ____ (Iluminado) ____ (en pared) ____

NOMBRE DEL DUEÑO/ REPRESENTANTE: _____

NUMERO DE IDENT: _____ **SOLV. MPAL** _____

DIRECCION DEL DUEÑO / REPRESENTANTE _____

Sr. Alcalde, le pido admitir la presente solicitud, darle trámite correspondiente y en definitiva otorgarme el permiso de operación.

Marcala, La Paz, ____ de ____ del 201 ____

Firma del solicitante

NOTA: favor presentarse dentro de tres (3) meses a partir de la fecha de inicio para presentar la respectiva declaración jurada del volumen sobre venta.