

Expediente Numero _____

DECLARACIÓN JURADA DE MODIFICACION DE LICENCIA SANITARIA DE ESTABLECIMIENTO.

Yo, _____, mayor de edad, hondureño y de este domicilio (cuando aplique, si es extranjero indique), actuando en mi condición de distribuidor (propietario/ Representante legal según lo que aplique) de la Sociedad mercantil denominada _____ DECLARO bajo juramento lo siguiente: Que mi representada, solicita modificación de la licencia sanitaria con las siguientes características:

Datos del Propietario (Arrendatario) del establecimiento :

Nombre Propietario:
Dirección exacta del establecimiento
Teléfono de establecimiento
Correo electrónico (si tiene)
No. del Documento de identificación o RTN del propietario
Nombre del Apoderado legal (cuando aplique)
Número de teléfono y correo electrónico del apoderado legal
No. del documento de identificación o colegiación

Datos de la Licencia Sanitaria

Nombre de la establecimiento (tal como aparece en la licencia)
Área del establecimiento
Número de licencia sanitaria
Vigencia de la licencia sanitaria
Actividad a la que se dedicara

Son verdaderos.

Declaro que las modificaciones en la licencia No. _____ son:

Acepto la responsabilidad sobre la veracidad de la información y documentos que presento en la solicitud de Licencia Sanitaria, y en el supuesto que dicha información sea incorrecta, incompleta, falsa, y/o que el establecimiento ocasione un daño o perjuicio por el incumplimiento de algún requisito o condición exigida por la Agencia de Regulación Sanitaria mismos que estarán sujetos a las inspecciones de la Dirección de Control, Vigilancia y Fiscalización.

Y que conozco la pena por FALSO TESTIMONIO.

Para los efectos oportunos extendiendo la presente Declaración Jurada, a los ____ (__) días del mes de _____ del dos mil _____ (201____).

Firma y huella: _____

[nombre del representante legal]

NOTA: Si tiene alguna consulta, visítenos a las oficinas de la Agencia de Regulación Sanitaria.