



Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria
Dirección General de Salud Animal

Dirección de Importación, Exportación, Servicios y Certificación Pecuaria

**SOLICITUD DE ALTA O CAMBIO DE MEDICO VETERINARIO RESPONSABLE
 DEL CENTRO DE CERTIFICACION**

NOMBRE DEL ORGANISMO:

NOMBRE DEL CENTRO DE CERTIFICACION:

CLAVE DEL CENTRO DE CERTIFICACION:

DOMICILIO:

--	--

CALLE

No.

TEL.

POBLACION

MPIO.

ESTADO

C.P.

NOMBRE DEL MVZ.

(BAJA):

NOMBRE DEL MVZ.

(ALTA):

**DOMICILIO
 PARTICULAR**

--	--

CALLE

No.

TEL.

POBLACION

MPIO.

ESTADO

C.P.

FIRMA DEL M.V.Z.

C.C.Z.	DIAS	HORARIOS

REPRESENTANTES LEGALES

 NOMBRE Y FIRMA

 NOMBRE Y FIRMA

 LUGAR Y FECHA