

SOL·LICITUD DE BAIXA EN EL REGISTRE DE CENTRES D'ATENCIÓ SANITÀRIA ALS ANIMALS DE COMPANYIA DE LES ILLES BALEARS	
---	--

CENTRE D'ATENCIÓ SANITÀRIA												
Nom:												
Adreça:												
Localitat:								Codi postal:				
Municipi:												
Codi:		0	7									

TITULAR DEL CENTRE D'ATENCIÓ SANITÀRIA		
Nom i llinatges / Raó social:		
DNI/CIF:		
Adreça de notificació:		
Localitat:	Codi postal:	Municipi:
INFORMACIÓ ADDICIONAL		
Telèfon fix:	Telèfon mòbil:	Adreça electrònica:

REPRESENTANT (en el cas de persona jurídica)		
Nom i llinatges:		
DNI:		
Adreça de notificació:		
Localitat:	Codi postal:	Municipi:
INFORMACIÓ ADDICIONAL		
Telèfon fix:	Telèfon mòbil:	Adreça electrònica:
Totes les dades queden protegides en aplicació de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.		

EXPÒS: Que actualment som titular/representant de l'establiment esmentat. SOL·LICIT: ☐ La baixa del centre d'atenció sanitària en el Registre de centres d'atenció sanitària als animals de companyia de les Illes Balears, que s'estableix mitjançant l'Ordre del conseller d'Agricultura i Pesca de 6 de juliol de 1992 per la qual es crea i desplega la normativa del Registre de centres d'atenció sanitària als animals de companyia de les Illes Balears.
--

....., d de 20.....

[Rúbrica de la persona titular o representant]

Documentació adjunta

Fotocòpia del NIF/NIE de la persona titular o representant de l'establiment.

D'acord amb l'article 37.2 de la Llei 3/2003, de 26 de març, de règim jurídic de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, en el cas que ja hagueu presentat algun dels documents anteriors a l'Administració autonòmica, teniu dret a no presentar-lo de nou. Això no obstant, heu d'indicar l'expedient en què consta aquesta documentació.

