



EN CALIDAD DE.....DE LA EMPRESA, LOS DATOS DE LAS CUALES SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN:

DATOS DEL TITULAR DE LA INDUSTRIA O ESTABLECIMIENTO CESANTE DEL NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO:

Razón social:.....
CIF/DNI/NIE:.....
Domicilio social:.....
Municipio:.....
Núm. de Registro.....

DECLARO QUE CEDE EL NÚMERO INDICADO DE REGISTRO SANITARIO A LA SIGUIENTE EMPRESA:

Razón social:.....
CIF/DNI/NIE:.....
Domicilio social:.....
Municipio:.....
Núm. de Registro

Y PARA QUE ASÍ CONSTA, SE FIRMA ESTE ESCRITO

A.....

FIRMA TITULAR CEDENTE
DNI:
NOMBRE:

FIRMA NUEVO TITULAR
DNI:
NOMBRE: