

III DECLARACION DE CAPITAL

Declaro que mi capital propio inicial, se compone de:

1. Equipo y maquinarias. Muebles e instalaciones: (valor en pesos) \$ _____
2. Capital de trabajo: Efectivo en caja o banco, destinado al funcionamiento
mercadería, materias primas, etc.. \$ _____
3. Total capital propio inicial (sumar 1 y 2): \$ _____

III DECLARACION

DECLARO CONOCER Y/O ACEPTAR:

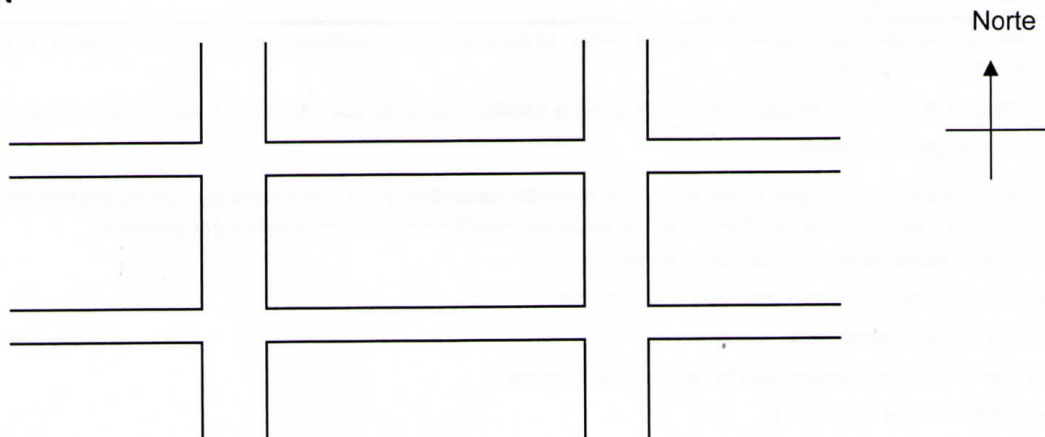
1. Normativa Sanitaria aplicable al establecimiento.
2. Los requisitos establecidos en el Instructivo General
3. Que si los antecedentes entregados al momento de ingreso de la Solicitud, no corresponden a la realidad, ésta será rechazada. La aprobación posterior sólo será posible reingresando la Solicitud, antecedentes requeridos y cancelación del arancel nuevamente.
4. Que la Autoridad Sanitaria, se reserva el derecho de cotejar la información con los bienes e instalaciones que se observen en terreno y con lo declarado ante el Servicio de impuestos Internos (SII)

Firma Propietario o Representante Legal

IV- USO INTERNO AUTORIDAD SANITARIA

FECHA RECEPCION SOLICITUD:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				ARANCEL:	\$ <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
FECHA PRIMERA VISITA (PLAZO MAXIMO):	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
ESTABLECIMIENTO NUEVO	<input type="checkbox"/>						
AMPLIACION	<input type="checkbox"/>						
CON VISITA	<input type="checkbox"/>						
SIN VISITA	<input type="checkbox"/>						
APROBADO:	<input type="checkbox"/>	RECHAZADO:	<input type="checkbox"/>				
		FIRMA DE RECEPCION:	_____				

PLANO DE UBICACIÓN



EN CASO DE SER ZONA RURAL O DE DIFICIL ACCESO, ESPECIFICAR UBICACIÓN: _____

