Formato SV-01

Aviso de inicio de funcionamiento para prestar los Servicios de Tratamientos Fitosanitarios

Empresa
Razón social: _____R.F.C: _____
Domicilio: _____
Calle Núm. C.P.
_____
Localidad Estado Tel. y/o fax

Representante Legal
Nombre: _____ R.F.C: _____
Domicilio: _____
Calle Núm. C.P.
_____
Localidad Estado Tel. y/o fax

Punto de control donde desea prestar los servicios
Domicilio:_____ Calle
Núm. C.P.
_____
Localidad Estado Tel. y/o fax

Organismo de certificación, unidad de verificación o tercer especialista
Nombre:_____ R.F.C:__
_____No. de cédula de autorización _____ Domicilio:
_____ Calle Núm.
C.P.
_____
Localidad Estado Tel. y/o fax

Documentos que se anexan al aviso de inicio de funcionamiento
Copia certificada de poder notarial del representante legal
Currículum de prestación de servicios
Tipo de servicios que ofrece
Escrito de protesto decir verdad
Manual de procedimientos técnicos