El que suscribe, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 151 de la Ley Federal de Sanidad Animal, 311, 316 y 317 del Reglamento de la Ley Federal de Sanidad Animal, notifica que con la autorización clave\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con vigencia del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presto mis servicios como Médico Veterinario Responsable Autorizado (MVRA) en las siguientes unidades de producción, en los días y horarios establecidos con las empresas contratantes.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° DE REGISTRO UPA** | **NOMBRE DE LA UPA** | **NOMBRE DE LA EMPRESA O PROPIETARIO** | **UBICACIÓN DE LA UPA (ESTADO, MUNICIPIO Y LOCALIDAD)** | **DÍAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Nota: Esta notificación deberá ser actualizada en la medida que se sumen o se resten unidades de producción a las que presta sus servicios.**

|  |  |
| --- | --- |
| Lugar y fecha de emisión  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sello del MVRA |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre completo y firma del MVRA |