|  |  |
| --- | --- |
| Lugar y fecha: |  |
| Nombre/ Razón Social: |  |
| Código de Calificación: |  |

1. **ACTIVIDAD(S) A ELIMINAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **ACTIVIDAD (ES)** | **ELIMINAR** |
| Importación/Exportación | ☐ |
| Comercialización/Distribución | ☐ |
| Almacenamiento a terceros | ☐ |
| Producción | ☐ |
| Transporte | ☐ |
| Prestación de Servicios Industriales no Farmacéuticos | ☐ |
| Reciclaje | ☐ |
| Reutilización | ☐ |
| Uso | ☐ |

1. **JUSTIFICACIÓN:**

|  |
| --- |
| Motivo por el cuál solicita la eliminación de la actividad. |

Declaro que la información registrada en el presente formulario es verdadera y puede ser verificada por el Ministerio del Interior.

Atentamente,

 **f) Persona Natural o Representante Legal**

 **Nombres y apellidos completos**

 **CC:**

 **f) Representante Técnico**

 **Nombres y apellidos completos**

 **CC:**