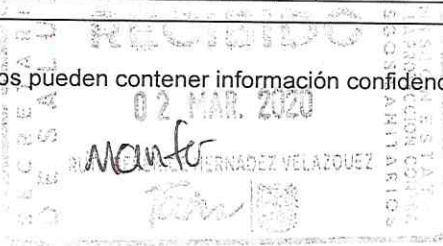


DEAS01

DATOS DEL PROPIETARIO, PERSONA FÍSICA O MORAL		PARA USO EXCLUSIVO DE LA COEPRIS																			
Estancia Infantil Bugambillas S.C. NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE)		NUEVO _____ RENOVACIÓN _____																			
EIB 930810 8JO LETRAS NÚMEROS HOMONIMIA R.F.C.		PRESENTARSE A CONOCER EL RESULTADO DE SU TRAMITE EL DIA: <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> DIA MES AÑO </div>																			
Hnos Vazquez Gomez #180 sur DOMICILIO: CALLE, No. y LETRA.		DOCUMENTOS ANEXOS ALTA ANTE LA S.H.C.P. _____ LICENCIA SANITARIA _____ COPIA DEL TRAMITE ANTERIOR _____ PROGRAMA MEDICO _____ CEDULA PROFESIONAL _____ PLANO Y MEMORIA DESCRIPTIVA _____																			
Centro COLONIA																					
Cd. Victoria MUNICIPIO																					
Tamaulipas ENTIDAD FEDERATIVA																					
87000 CODIGO POSTAL																					
3150453 TELEFONO																					
¿ACEPTA RECIBIR NOTIFICACIONES VÍA CORREO ELECTRÓNICO? SI _____ NO _____																					
CORREO _____ ELECTRÓNICO: _____																					
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO																					
Estancia Infantil Bugambillas S.C. NOMBRE		EIB 930810 8JO RFC (LETRAS NÚMEROS HOMONIMIA)																			
Hnos. Vazquez Gomez 180 sur DOMICILIO: CALLE, NUMERO Y LETRA EXTERIOR E INTERIOR																					
Cd. Victoria DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO		Centro COLONIA																			
ENTRE Hidalgo CALLE Y Juarez CALLE																					
87000 CODIGO POSTAL		Cd. Victoria LOCALIDAD																			
Tamaulipas ENTIDAD FEDERATIVA																					
3150453 TELEFONO		ei_bugambillas@hotmail.com. CORREO ELECTRONICO																			
01 09 93 FECHA DE INICIO DE OPERACIONES: DIA MES AÑO																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO</th> <th>D</th> <th>M</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> <th>DE</th> <th>A</th> </tr> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>7:00</td> <td>6:00</td> </tr> </table>		HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO	D	M	M	J	V	S	DE	A		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	7:00	6:00	Los datos declarados en este formato, serán utilizados en los trámites que el usuario o empresa requiera posteriormente. Asegúrese de que sean correctos y mantenerlos actualizados. Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad.	
HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO	D	M	M	J	V	S	DE	A													
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	7:00	6:00													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">HORARIO DE ASISTENCIA DEL RESPONSABLE</th> <th>D</th> <th>M</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> <th>DE</th> <th>A</th> </tr> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>8:00</td> <td>10:00</td> </tr> </table>		HORARIO DE ASISTENCIA DEL RESPONSABLE	D	M	M	J	V	S	DE	A		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	8:00	10:00		
HORARIO DE ASISTENCIA DEL RESPONSABLE	D	M	M	J	V	S	DE	A													
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	8:00	10:00													

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿Está de acuerdo en hacerlos públicos? Si _____ No X



SELLO DE RECIBIDO

PEARO RENE ETIENNE LLANO
 NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO