

DATOS DEL PROPIETARIO, PERSONA FÍSICA O MORAL

García Barrz Carlos René
NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE)

GABC 770112 LAZ
LETRAS NÚMEROS HOMONIMIA
R.F.C.

Gaspar de la Garza #947 Int2
DOMICILIO: CALLE, No. y LETRA

Morelos 87050
COLONIA CODIGO POSTAL

Victoria cd Victoria
MUNICIPIO LOCALIDAD

Tamaulipas 8341861978
ENTIDAD FEDERATIVA TELEFONO

¿ACEPTA RECIBIR NOTIFICACIONES VÍA CORREO ELECTRÓNICO? SI ☒ NO ☐

CORREO ELECTRÓNICO: Xene26@hotmail.com

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COEPRIS

NUEVO ☐ RENOVCACIÓN ☐

PRESENTARSE A CONOCER
EL RESULTADO DE SU
TRAMITE EL DIA:

DIA MES AÑO

DOCUMENTOS ANEXOS

ALTA ANTE LA S.H.C.P.

LICENCIA SANITARIA

COPIA DEL TRAMITE ANTERIOR

PROGRAMA MEDICO

CEDULA PROFESIONAL

PLANO Y MEMORIA DESCRIPTIVA

OTROS:



DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Grupo Medico Santa Gorda
NOMBRE

GABC 770112 LAZ
LETRAS NÚMEROS HOMONIMIA
R.F.C.

Gaspar de la Garza #947
DOMICILIO: CALLE, NUMERO Y LETRA EXTERIOR E INTERIOR

Victoria
DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO

Morelos
COLONIA

ENTRE Mina Y Aldama
CALLE CALLE

87050 Victoria Tamaulipas
CODIGO POSTAL LOCALIDAD ENTIDAD FEDERATIVA

8341861978 Xene26@hotmail.com 30 05 16
TELEFONO CORREO ELECTRÓNICO FECHA DE INICIO
DE OPERACIONES: DIA MES AÑO

HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO	D	L	M	M	J	V	S	DE	A
	D	L	M	M	J	V	S	DE	A

HORARIO DE ASISTENCIA DEL RESPONSABLE	D	L	M	M	J	V	S	DE	A
	D	L	M	M	J	V	S	DE	A

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.

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