|  |
| --- |
| DE USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE “RAFAEL RANGEL” |
| Nº DE SOLICITUD DAE |  |
| Nº DE SOLICITUD DAR |  |

SOLICITUD DE REQUERIMIENTO

**Fecha de Solicitud:** Haga clic aquí para escribir una fecha.

|  |
| --- |
| **DATOS DEL CLIENTE** |
| **Nº de (RIF):**  | Elija un elemento. | Escriba el Número de RIF |
| **Razón Social:**  | Indique la Razón Social en caso contario indique no aplica.  |
| **Nombre del Solicitante:**  | Indique el nombre y apellido del solicitante  |
| **Documento de Identidad:**  | Elija un elemento. |  |
| **Correo Electrónico:** | Indique una dirección de correo electrónico.  |
| **Nº Telefónico:**  |  |

**REQUERIMIENTO SOLICITADO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Otros:** Indique motivo de solicitud. Por ejemplo: tesis de grado  |

**INFORMACION DEL PRODUCTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Producto:** | Indique el nombre descriptivo del producto.  |
| **Marca:** | Indique la marca del producto, en caso contrario indique no aplica.  |
| **Ingredientes:**  | Indique la composición cual-cuantitativa del producto, en caso contrario indique no aplica.  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

|  |
| --- |
| **DE USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE “RAFAEL RANGEL”** |
| **Recibido por:** |  |
| **Fecha de Recepción:** |  |