|  |  |
| --- | --- |
| 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:** |  |