**FORMULARIO DE SOLICITUD DE CIERRRE DE ESTABLECIMIENTO PARA DESACTIVACIÓN DE UNÍCODIGO**

 …………………………………………………………

 Ciudad, día/ mes / año

Estimado:

…………………………………………………………………………………………………………

Delegado/a Provincial/Zonal

AGENCIA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA – ACESS

Presente.-

Yo, ……………………………………………………………………… Representate Legal y/o Responsable

Técnico, del Establecimiento de Salud con razón social:

……………………………………………………………………………………………………………………………..

Número de registro Único de Contribuyentes (RUC) ………………………………. Unicódigo………………………..

Ubicado en la Provincia………………………. Cantón ……………………………Parroquia…………………………..

Dirección (calle principal, calle secundaria, numero de casa o lote)

………………………………………………………………………………………………………………………………

Solicito muy comedidamente a usted se realice la siguiente gestión:

Cierre de Establecimiento y desactivación de unicódigo

Nota: El representante legal y/o responsable técnico deberá adjuntar copia legible y actualizada del S.R.I.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma : |  |
| C.I. |  |