



Ministerio
de **Salud**



MINISTERIO DE SALUD DE COSTA RICA
AREA RECTORA DE SALUD DE PEREZ ZELEDON
Telefax: 2771-3849 ... 2772-5759 Ext. 114
Correo electrónico: ars.perezzeledon@misalud.go.cr

San Isidro _____ de _____ 20 _____

NOTA ACLARATORIA:

Yo _____ con
cédula _____ vecino (a) de
_____, declaro que el establecimiento
denominado _____, ubicado en
_____, renuncia a la actividad de vender
GAS LP dicho establecimiento cuenta con permiso sanitario de funcionamiento
número _____, extendido por el Área Rectora de Salud de Pérez
Zeledón, el cual se adjunta el Original del permiso riesgo B.

Nombre y firma del representante legal:

Firma del funcionario responsable: _____