|  |
| --- |
| [ ]  Habilitación [ ]  Renovación [ ]  Modificación |
| 1. **DATOS GENERALES DE LA EMPRESA**
 |
| Nombre Fantasía: |
| Razón Social: |
| RUT: |
| Representante Legal: |
| Dirección: |
| Ciudad: | Departamento: |
| Teléfono: |
| Correo electrónico: |
| Dirección del Depósito: |
| [ ]  Deposito Propio | [ ]  Tercerizado: |
| Ciudad: | Departamento: |
| 1. **ARTICULOS A IMPORTAR**
 |
| [ ]  LENTES DE SOL | [ ]  ARMAZONES |
| [ ]  CRISTALES | [ ]  LENTES DE SEGURIDAD |
| [ ]  LENTES CON FILTRO DE LUZ AZUL | [ ]  LENTES DE CONTACTO CON DURABILIDAD MAYOR A 1 AÑO |
| 1. **DATOS DEL TÉCNICO ÓPTICO RESPONSABLE**
 |
| Nombre:  |
| Teléfono:  |
| Domicilio:  |
| Correo electrónico: |

*Con la entrega del presente formulario los abajo firmantes solicitan la habilitación del establecimiento ante el mencionado organismo.*

**El presente formulario tiene carácter de Declaración Jurada con las responsabilidades establecidas en el Art. 239 del Código Penal.**

Firma del representante legal: