MUNICIPALIDAD DE OROTINA

UNIDAD DE PATENTES

TRASLADO DE UBICACIÓN

Fecha: _____

Nombre del Patentado: _____

Cédula: _____ Actividad: _____

Teléfono: _____

Dirección anterior:

_____

_____

Folio real: 2- _____

Dirección Actual:

_____

_____

Folio real: 2- _____Plano Catastro: _____

Medio para recibir notificaciones

Correo electrónico: _____

Fax: _____

Requisitos

	Copia del permiso sanitario de funcionamiento del Ministerio de Salud

Para uso interno: verificación de requisitos

	Verificar estar al día con los impuestos municipales para aprobar el trámite
	Verificar estar al día con la CCSS
	Verificación de cumplimiento de infraestructura

Firma Solicitante: _____ Firma Recibido: _____