

DATOS DEL LABORATORIO DE ANÁLISIS FITOSANITARIOS DE PAPA SEMILLA

PROPIETARIO

Nombre y Apellido o Razón Social

LABORATORIO

Nombre del Laboratorio

Domicilio

CP Localidad Provincia

Teléfono Celular Correo electrónico

PROFESIONAL RESPONSABLE

Director Técnico

Adjuntar curriculum vitae.

Nombre y Apellido D.N.I.

Título profesional Expedido por

Matr. Prof. N°

Teléfono Celular Correo electrónico

INSTALACIONES

Agregar fotocopia de plano o croquis a escala del laboratorio.

TIPOS DE ANÁLISIS A REALIZAR EN EL LABORATORIO

Marcar con una cruz el alcance de la habilitación solicitada:

- Análisis Viroológicos
- Análisis Nematológicos
- Análisis Físicos, Morfológicos y Fisiológicos

_____ ; _____ de _____ de _____

(Lugar y Fecha)

.....

Firma del Propietario o Representante Legal

.....

Firma del Director Técnico

TÉRMINO DE COMPROMISO

Quien suscribe.....

D.N.I.:.....declaro asumir la entera responsabilidad técnica del
Laboratorio de Análisis.....

N° de Inscripción en el RNCyFS:.....

Comprometiéndome a ejercer mi rol de Director Técnico y ejecutar las técnicas de análisis de acuerdo a lo estipulado en la Resolución N°..... del INSTITUTO NACIONAL DE SEMILLAS, y en cualquier directiva emanada por el mencionado Instituto Nacional. El presente término de compromiso expira en el momento en que la Dirección de Evaluación de Calidad del INSTITUTO NACIONAL DE SEMILLAS reciba la Carta de Anulación por mí firmada y/o por parte del Responsable de la Empresa.

.....; de de
(Lugar y Fecha)

.....
(Sello y Firma del Director Técnico)

NOTA: Quien suscribe deberá adjuntar a la presente:

a) Fotocopia del D.N.I.

DESIGNACIÓN DE REEMPLAZANTE AUTORIZADO

Quien suscribe.....

D.N.I.:.....en mi carácter de Director Técnico del Laboratorio de Análisis.....

Nº de Inscripción en el RNCyFS.....designo como Reemplazante Autorizado a....., D.N.I.....,

declarando asumir la entera responsabilidad técnica por las tareas desarrolladas en el ejercicio de sus funciones. -

Se adjunta curriculum vitae actualizado del autorizado para su aprobación y fotocopia de D.N.I. -

La presente designación expira en el momento en que la Dirección de Evaluación de Calidad del INSTITUTO NACIONAL DE SEMILLAS reciba la Carta de Anulación por mí firmada y/o por parte del Responsable de la Empresa o por la finalización del ejercicio de mis funciones como Director Técnico. -

_____ ; _____ de _____ de _____

(Lugar y Fecha)

(Sello y Firma del Reemplazante Autorizado)

(Sello y Firma del Director Técnico)



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: Anexo I EX-2022-114895355-APN-DA#INASE

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 6 pagina/s.