AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA

**FORMATO OFICIAL DE SOLICITUD DE CITA[[1]](#footnote-1)**

|  |
| --- |
|  |
| Fecha de solicitud: | Indicar fecha |
|  |
| Nombre completo del usuario: | Nombre Completo |
|  |
| Número de cédula: | Cédula |
|  |  |
| Código Sanitario (si aplica) | Escriba el Código Sanitario |
|  |
| Establecimiento que representa: | Razón Social |
|  |
| Correo electrónico: |  Email  |
|  |
| Número de teléfono:  | Teléfono |
|  |
| Dirección/Sección de la ANRS: | Seleccione dependencia de la ANRS donde solicita cita |
|  |  |
| **DETALLE DE SOLICITUD:** |
| Describa de manera detallada y precisa en que consiste su solicitud |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Título del Archivo** | **Archivo** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Rellenar y remitir este Formulario al correo establecido según corresponda a la dependencia a la que solicita cita en Anexo I, artículo 7, punto 7.1 de la Resolución Administrativa N° 0014/2024 “Procedimiento para la atención de cita presencial y su anexo” [↑](#footnote-ref-1)