Ciudad/día/mes/año

Sr./Sra.

Coordinador General Técnico de Certificaciones

**AGENCIA NACIONAL DE REGULACIÓN, CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA ARCSA, DR. LEOPOLDO IZQUIETA PÉREZ**

De mi consideración.-

Yo,……………..con cédula de ciudadanía…………..código dactilar n°……………representante legal de la empresa..……..con ruc……… solicito la cancelación voluntaria del registro sanitario, notificación sanitaria o notificación sanitaria obligatoria n°………debido a los siguientes motivos…….

|  |  |
| --- | --- |
| N° RS/NS/NSO | Nombre del producto |
|  |  |

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal:

Cédula:

Correo electrónico: