



MUNICIPALIDAD DE OROTINA
UNIDAD DE PATENTES

TRASLADO DE UBICACION

Fecha: _____

Nombre del patentado _____

Cédula: _____ Actividad: _____

Dirección anterior _____

Nueva dirección: _____

Folio Real: _____ Plano Catastro: _____

Medio para recibir notificaciones

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____ fax: _____

Dirección física: _____

Firma del solicitante: _____

Requisitos

	Copia y original del permiso de funcionamiento del Ministerio de Salud.
--	---

Para uso interno: verificación de requisitos

	Verificar estar al día en los impuestos municipales para aprobar el trámite.
--	--

	Verificar estar al día CCSS.
--	------------------------------



MUNICIPALIDAD DE OROTINA
UNIDAD DE PATENTES

TRASLADO DE UBICACION

Fecha: _____

Nombre del patentado _____

Cédula: _____ Actividad: _____

Dirección anterior _____

Nueva dirección: _____

Folio Real: _____ Plano Catastro: _____

Medio para recibir notificaciones

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____ fax: _____

Dirección física: _____

Firma del solicitante: _____

Requisitos

	Copia y original del permiso de funcionamiento del Ministerio de Salud.
--	---

Para uso interno: verificación de requisitos

	Verificar estar al día en los impuestos municipales para aprobar el trámite.
--	--

	Verificar estar al día CCSS.
--	------------------------------