UNIVERSIDAD AUTÓNOMA LATINOAMERICANA UNAULA

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN**
**VENTAS INFORMALES**

| **Datos generales del solicitante:** | |
|---|---|
| Nombre completo: | |
| Número de documento de identidad: | |
| Programa académico: | |
| Semestre académico: | |
| Teléfono de contacto: | |
| Correo electrónico institucional: | |

**Información de la solicitud:**

A continuación relacione cada uno de los productos para los que solicita autorización de venta informal:

| *Nombre del producto* | *Número de registro Sanitario Invima* |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|---|---|
| **Fecha de la solicitud:** | MES:_____ DÍA: _____ AÑO: _____ |
| **Firma del solicitante:** | |
| **Firma de quien recibe la solicitud:** | |