

## SOLICITUD DE BAJA DE CENTROS DE INSEMINACIÓN Y/O LABORATORIOS AL ESTÁNDAR DE CALIDAD ANPSTAND

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, en nombre y representación de \_\_\_\_\_ con CIF \_\_\_\_\_, con domicilio social en \_\_\_\_\_, con teléfono de contacto \_\_\_\_\_ y con correo electrónico \_\_\_\_\_, solicita dar de baja los siguientes:

**Centros de inseminación:**

NOMBRE	LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO REGA

**Laboratorios:**

NOMBRE	LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO DE LABORATORIO

Y declara en este acto:

Que se compromete a no emitir ningún documento técnico o comercial, en cualquier soporte y dirigido a cualquier audiencia que haga mención al Estándar de calidad ANPSTAND, al Sello ANPSTAND o a la certificación externa en las instalaciones que se han dado de baja.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO

Fdo: \_\_\_\_\_