



## SOLICITUD CAMBIO DE NOMBRE CORPORATIVO, NOMBRE DE ENTIDAD O INDIVIDUO EN REGISTRO DE ESTABLECIMIENTO DE CANNABIS MEDICINAL

<b>Número de Solicitud o Licencia Aprobada</b> <small>(Para uso de la Oficina)</small>	<b>Fecha</b> <div style="text-align: center;">       ____ / ____ / ____  <small>día mes año</small> </div>
---	---

Debe llenar cada una de las partes de esta solicitud con claridad y en su totalidad. Si alguna respuesta no aplica a su caso, indíquelo respondiendo con N/A.

**Se requiere la siguiente información adicional:**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia de resolución corporativa certificando el cambio de nombre.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia de cualquier enmienda hecha a los estatutos o "by-laws" de la entidad jurídica.

**Entrega de solicitud:**

- No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos.
- Debe incluir el pago de derechos correspondientes, mediante giro postal o cheque certificado a nombre del Secretario de Hacienda.
- La Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal se reserva el derecho de requerir información y documentación adicional durante el proceso de evaluación de cada solicitud. La información adicional deberá ser provista a la Oficina en o antes de diez (15) días a partir de que sea requerida.
- Debe someter toda información referente a su solicitud en el orden provisto en este formulario.
- Debe someter su solicitud **personalmente a la siguiente dirección: Oficina de la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal Edificio 1506 Ave. Ponce de León, 3er Piso, San Juan, Puerto Rico 00922.**

**SECCIÓN I Información General**

<b>Antiguo Nombre de la Corporación / Solicitante</b>			
<b>Nuevo Nombre de la Corporación / Solicitante</b>			
<b>Nombre del dueño</b>			
<b>Dirección física de la Corporación / Solicitante</b>			
<b>Pueblo</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Correo Electrónico</b>	
<b>Dirección postal de la Corporación / Solicitante</b>			
<b>Pueblo</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Seguro Social Patronal</b>
<b>Estructura Legal del Establecimiento</b>	<input type="checkbox"/> Un solo dueño <input type="checkbox"/> Corporación C <input type="checkbox"/> Fideicomiso	<input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Corporación S <input type="checkbox"/> Compañía de emisión pública	<input type="checkbox"/> Sociedad limitada <input type="checkbox"/> Sociedad de responsabilidad limitada <input type="checkbox"/> Otra

**SECCIÓN II Derechos**

<b>Total de derechos a pagar</b>	\$500.00
<b>Nombre y firma del Solicitante</b>	<b>Fecha</b> <div style="text-align: center;">       ____ / ____ / ____  <small>día mes año</small> </div>
<b>Nombre y firma del Inspector que recibe los documentos</b> <small>(Para uso de la Oficina)</small>	<b>Fecha</b> <div style="text-align: center;">       ____ / ____ / ____  <small>día mes año</small> </div>

