



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud
Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal

SOLICITUD DE LICENCIA DE INVESTIGACIÓN

Número de Licencia _____
Departamento de Salud
Oficina de Cannabis Medicinal

I. DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD Registro individual Registro Negocio

1. Nombre de la persona natural o jurídica

2. Dirección del establecimiento donde se llevara a cabo la investigación

Urbanización

Calle y número de casa

Pueblo

País

Código Postal

 -

3. Dirección postal del solicitante

Urbanización

Calle y número de casa

Pueblo

País

Código Postal

 -

Teléfono del negocio

Correo Electrónico

Persona de contacto

4. Dirección donde desea recibir la correspondencia () postal () Establecimiento () Correo electrónico

5. Número de Seguro Social (si es de negocio)

Número de Seguro Social (si es individual)

 - 

