



## SOLICITUD INSCRIPCIÓN CAMBIO TITULARIDAD EN EL REGISTRO DE NÚCLEOS ZOOLÓGICOS DE NAVARRA

Nº: ES 31

|  |  |  |  |      |  |  |  |  |
|--|--|--|--|------|--|--|--|--|
|  |  |  |  | 0000 |  |  |  |  |
|--|--|--|--|------|--|--|--|--|

### 1.- TITULAR DEL NÚCLEO ZOOLÓGICO:

|                        |            |            |            |
|------------------------|------------|------------|------------|
| Nombre o Razón Social: |            |            |            |
| NIF/CIF:               |            | Domicilio: |            |
| CP:                    | Localidad: |            | Municipio: |
| Tfno.:                 |            | Móvil:     |            |
| Correo electrónico:    |            |            |            |

### 2.- TITULAR “NUEVO” DEL NÚCLEO ZOOLÓGICO:

|  |            |  |  |
|--|------------|--|--|
| Nombre o Razón Social:   |            |  |  |
| NIF/CIF:   |            | Domicilio:   |  |
| CP:  | Localidad: |  | Municipio:   |
| Tfno.:   |            | Móvil:   | Deseo recibir la documentación en: Castellano <input type="checkbox"/> Bilingüe <input type="checkbox"/> |
| Correo electrónico:  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> Solicito que las comunicaciones del Servicio de Ganadería se realicen a este correo electrónico en lugar de por escrito |            | <input type="checkbox"/> Solicito que las comunicaciones del Servicio de Ganadería se realicen a la Dirección Electrónica Habilitada (DEH) |  |

### 3.- TITULAR DE LAS INSTALACIONES:

|                        |            |            |            |
|------------------------|------------|------------|------------|
| Nombre o Razón Social: |            |            |            |
| NIF/CIF:               |            | Domicilio: |            |
| CP:                    | Localidad: |            | Municipio: |
| Tfno.:                 |            | Móvil:     |            |
| Correo electrónico:    |            |            |            |

### 4.- RESPONSABLE DEL CUIDADO Y BIENESTAR DE LOS ANIMALES DEL NÚCLEO ZOOLÓGICO:

|                        |            |            |            |
|------------------------|------------|------------|------------|
| Nombre o Razón Social: |            |            |            |
| NIF/CIF:               |            | Domicilio: |            |
| CP:                    | Localidad: |            | Municipio: |
| Tfno.:                 |            | Móvil:     |            |
| Correo electrónico:    |            |            |            |

