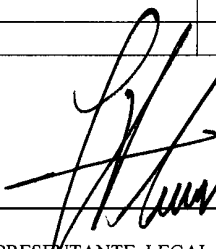


4. DATOS DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS DE LA COMPAÑÍA EXTRANJERA

ase-9-0023593

No.	Nombres y Apellidos completos	Estado Civil	Nacionalidad	Domicilio
	BOSTON MEDICAL DEVICES, INC.	N/A	ESTADOUNIDENSE	200 HEADQUARTERS PARK DRIVE, SKILLMAN, NJ.


 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, SECRETARIO
 ADMINISTRADOR O FUNCIONARIO DE LA SOCIEDAD
 EXTRANJERA O APODERADO LOCAL.

Nota 2.- Si este formulario hubiere sido otorgado en el exterior, deberá estar autenticado por Cónsul ecuatoriano o apostillado

FECHA DE PRESENTACIÓN _____

AÑO

MES

DIA

EL PRESENTE FORMULARIO NO SE ACEPTARÁ CON ENMENDADURAS O TACHONES