
 SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD - SIPROSA Ministerio de Salud Pública	FORMULARIO DE DATOS PERSONALES CREDENCIAL HABILITANTE EN BPM				 DIRECCIÓN GENERAL DE FISCALIZACIÓN SANITARIA
	Otros Documentos	Cód.: OD 03 EDDP	Rev. 02	Vigencia: Febrero 2020	

Fecha de Curso:/...../.....

FORMULARIO DE DATOS PERSONALES	
NOMBRE Y APELLIDO:	D.N.I.:
DOMICILIO:	Localidad:
Teléfono:	Código Postal:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO	
Razón social (Personas Jurídicas):	
Nombre y Apellido (Persona Física)	
DOMICILIO COMERCIAL	
Calle	Localidad:
Teléfono:	Código Postal:
RNE:	

Los datos consignados en este formulario revisten el carácter de declaración jurada.

“Solo podrán realizar el curso aquellas personas que hayan cumplido con la totalidad de los requisitos exigidos por la Dirección hasta 48hs hábiles, antes de la fecha de inicio del curso.”

Queda debidamente notificado.-

Firma:

Elaboración:	Revisión:	Aprobación
Bioq. María José Picón	Bioq. Graciela Selis	Bioq. María Virginia Apud
Inspectora Sanitaria	Responsable de Calidad	Directora