DGFS

FORMULARIO DE HABILITACION Y REHABILITACION Y BAJA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

CLASIFICACION DE ESTABLECIMIENTOS PARA EL ARANCELAMIENTO

RESOLUCION N° 585/SPS

FORMULARIO RG 41-DFSS Rev. 02

LOS DATOS AQUÍ CONSIGNADOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACION JURADA

DIRECCION GENERAL DE FISCALIZACION SANITARIA - DEPARTAMENTO FISCALIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

San Miguel de Tucumán, ……

AL DEPARTAMENTO FISCALIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PRESENTE

EL/LA QUE SUCRIBE……..

EN SU CARÁCTER DE:……

DEL ESTABLECIMIENTO:……

SITO EN:……..

DIRECTOR RESPONSABLE……MP……

TELEFONO/CELULAR:……

Declaro como domicilio electrónico el/los siguientes y acepto que me sean notificados allí todos los actos administrativos de la presente pieza que se conforma. Quedando bajo mi responsabilidad el control periódico del/los correos aquí detallados y denuncia de su cambio.

……@…… ……@……

DOMICILIO DE NOTIFICACIÓN(Alternativo al email)……

SE DIRIJE A UD. A FIN DE SOLICITAR: HABILITACION ☐ REHABILITACION ☐ ALTA/BAJA ☐ OTROS ☐

Especifique **Tipo Establecimiento**:……

En caso de REHABILITACIÓN ¿Hay CAMBIOS respecto a lo Habilitado? NO ☐ SI ☐

SI hay cambios adjunte en nota aparte los cambios efectuados

MARQUE LO QUE CORRESPONDE: ☐ **NO** cuento con estos equipos

	EQUIPO
	Rx (cualquier uso) /Mamografía/ TC (Tomografia Computada)/ Angiografía/ Medicina Nuclear / Radioterapia
	Laser / Luz Pulsada
	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR
	Ecografía / Ultrasonidos

SE GENERA RESIDUOS PATOGENICOS SI ☐ NO ☐

FIRMA Y SELLO

LA PRESENTE SOLICITUD ENCUADRA EL ESTABLECIMIENTO MENCIONADO ANTERIORMENTE DENTRO DE LA CLASIFICACION DE ESTABLECIMIENTO PARA LA SALUD PARA EL ARANCELAMIENTO COMO: ……

NIVEL……

EL ARANCEL CORRESPONDIENTE AL TRAMITE SOLICITADO A LA CLASIFICACION Y AL NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO……

……

ES $ …… NUM…….. BANCO DEL MACRO, - TUCUMAN