 <p>DIRECCIÓN GENERAL DE FISCALIZACIÓN SANITARIA</p>	<h2 style="color: blue;">Requisitos para Habilitación/Rehabilitación de Ópticas</h2>			Página 1 de 2
	<p><i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> <b>SIPROSA</b></p>			
	Registro	Cód: RG 53 DFSS	Rev. 03	

### Requisitos para HABILITAR

1. **Nota por duplicado (RG 41 DFSS)** dirigida al Jefe del DFSS solicitando Habilitación del establecimiento indicando: (esta nota tiene características de Declaración Jurada)
  - Domicilio del establecimiento (en el mismo se realizarán las notificaciones oficiales)
  - Propietario
  - Director Técnico Óptico o Técnico Óptico Contactólogo Responsable de la Institución (Nombre y Apellido, DNI, N° de Matrícula Profesional)

**Firmada y sellada por el Profesional Responsable de la Institución.**

#### Aclaración:

- En el caso de profesionales matriculados por esta Dirección adjuntar:


Constancia original de Matrícula emitida por División Registro y Matrícula de DGFS (vigencia 6 meses)

2. **Nómina de profesionales**\_(Listado de todo el personal de salud matriculado que trabaja en la institución), indicando para cada uno:
  - a. Nombre y Apellido
  - b. N° de Matrícula (adjuntar Constancia original de cada profesional)
  - c. Teléfono fijo/celular,
  - d. Correo Electrónico,
  - e. Días y Horarios de Atención

Firmada y sellada por el Profesional Responsable de la Institución.

3. **Prestaciones que se realizarán** (Carta de Servicios) Incluya todas las prestaciones que se brindarán.

Firmada y sellada por el Profesional Responsable de la Institución.

	<h2 style="color: blue;">Requisitos para Habilitación/Rehabilitación de Ópticas</h2>			Página 2 de 2
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria SIPROSA</i>			
	Registro	Cód: RG 53 DFSS	Rev. 03	

4. **Libro de recetarios** de anteojos recetados y / o lentes de contacto.

5. **Costos:**

i. Comprobante de Depósito Bancario/Transferencia en cuenta:

1. CBU2850607030000007620565 o
2. Cuenta N° 3-6070000076205/6
3. Alias: SERV.SALUD

Según tipo y Nivel del Establecimiento.

\$.....

ii. Formulario nº 924 (DGR) Comprobante de depósito por \$30

6. **Certificado de Cumplimiento Fiscal (D.G.R)** a nombre del titular o Director del Servicio.

7. **Razón Social del Establecimiento:** Original y copia de contrato de S.R.L./S.A.

8. **Derecho a uso:** Presentar original y copia de: Escritura, Contrato de Locación, Comodato o Cesión Legal, según corresponda a cada caso referido al Local donde funciona el Servicio. Sellado por D.G.R.

9. **Imagen del frente del establecimiento impreso.**

10. **2 Planos del Establecimiento** en Escala 1:50 o 1:100, según las reglas del dibujo Técnico, con espesor de muros, cotas de medidas, indicando accesos, Sala de espera, consultorios, sanitarios, etc. Los planos deberán estar actualizados al momento de la Inspección.

11. **Contrato de Tercerización** de Servicios (si corresponde)

Si es generador de Residuos Patogénicos:

- Constancia de Inscripción en el Registro Único de Generadores de Residuos Patogénicos de la Provincia (emitida por División Registros y Matrículas de la DGFS)

12. **Listado de Muebles/Instrumental/Equipamiento:**

- Muebles e Instrumental
- Equipamiento del establecimiento