



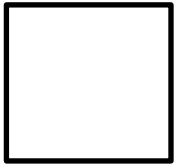
FORMULARIO DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN Y BAJA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

CLASIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS PARA EL ARANCELAMIENTO

RESOLUCIÓN N° 585/SPS

FORMULARIO RG 41-DFSS Rev. 02

LOS DATOS AQUÍ CONSIGNADOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA



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

San Miguel de Tucumán,.....

AL DEPARTAMENTO DE FISCALIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
PRESENTE

EL/LA QUE SUCRIBE.....

EN SU CARÁCTER DE:.....

DEL ESTABLECIMIENTO:.....

SITO EN:.....

DIRECTOR RESPONSABLE.....M.P.....

TELÉFONO/CELULAR:.....

DECLARO, EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, QUE EL DOMICILIO ELECTRÓNICO DE NOTIFICACIONES Y LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO SON VERÍDICOS, ASUMIENDO LA OBLIGATORIEDAD DE INFORMAR A ESTA REPARTICIÓN -POR MEDIO FEHACIENTE-TODO EVENTUAL CAMBIO DEL MISMO, DENTRO DEL PLAZO MÁXIMO DE 48 HS DE PRODUCIDO. EN CASO CONTRARIO, ENTIENDO Y ACEPTO QUE TENDRÁ VALIDEZ LEGAL EL DECLARADO EN LA PRESENTE.

.....@.....@.....

DOMICILIO DE NOTIFICACIÓN(Alternativo al email).....

SE DIRIJE A UD. A FIN DE SOLICITAR: HABILITACIÓN REHABILITACIÓN 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 (Tomografía Computada)/ Angiografía/ Medicina Nuclear / Radioterapia
Láser / Luz Pulsada
RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR
Ecografía / Ultrasonidos

SE GENERA RESIDUOS PATOGENICOS SÍ NO

FIRMA Y SELLO

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

NIVEL.....
EL ARANCEL CORRESPONDIENTE AL TRAMITE SOLICITADO A LA CLASIFICACIÓN Y AL NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO.....

ES \$..... NÚM..... BANCO DEL MACRO, - TUCUMÁN