

	<b>FORMULARIO INSTITUCIÓN</b>				Página 1 de 1
	<i>División Radiofísica Sanitaria</i> <i>Departamento Fiscalización de Servicios de Salud</i> <i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> <b>SIPROSA</b>				
	<b>FORMULARIO</b>	<b>Cód: FE-02-DRS</b>	<b>Rev. 05</b>	<b>Vigencia: Jul 25</b>	
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de <b>Declaración Jurada</b> )				

EXPEDIENTE: ..... FECHA:...../...../.....  
 N° Asesoramiento:.....

DATOS DE LA INSTITUCIÓN	
Establecimiento	
Razón Social	
Categoría	
Domicilio	
Localidad:	
Teléfono:	
Fax:	
E Mail:	
Página web:	
Días y Horarios de Atención:	

**CARÁCTER DE LA INSTITUCIÓN**

PRIVADO   
  NACIONAL   
  PROVINCIAL   
  MUNICIPAL

Otros:.....

RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN (Director - Gerente o propietario)	
Apellido	
Nombre	
DNI	
M.P.	
Profesión	
Función	

FORMULARIO EQUIPOS	CANTIDAD

.....  
 Firma y sello Responsable de la Institución

**(Espacio reservado para ser llenado sólo por personal de la División Radiofísica Sanitaria)**

REVISÓ:

Apellido: .....

Fecha: ...../...../.....

Nombre: .....

Nº de hojas aprobadas:.....

.....  
 Firma y sello

**Sello DRS**

Documentación completa para ser ingresada en mesa de entrada.