

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

EXPEDIENTE:

FECHA:...../...../.....

Nº 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.

Para que la copia sea válida debe llevar el sello "Copia controlada".