

	FORMULARIO BAJAS			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-18-DRS	Rev. 02		Vigencia:07/2025
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada)				

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

Establecimiento:..... N° Asesoramiento:

Equipos a dar de Baja	
Descripción del equipo	Cantidad

Personal a dar de Baja				
Apellido	Nombre	DNI	M.P.	Profesión

.....
Firma y sello Responsable de La Instalación

.....
Firma y sello Responsable de Uso

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