Dirección General de Fiscalización Sanitaria	**FORMULARIO INSTITUCIÓN**			Ministerio de Salud Pública / GOBIERNO DE TUCUMÁN
	Dirección General de Fiscalización Sanitaria SIPROSA			
	FORMULARIO	Cód: **FE-02-DRS**	Rev. 06	Vigencia: Oct 25
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de **Declaración Jurada**)			Página **1** de **1**

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 ◯ PROVINVIAL ◯ 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".

COPIA CONTROLADA