

	FORMULARIO BAJAS				
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i>				
	<i>SIPROSA</i>				
	FORMULARIO	Cód: FE-18-DRS	Rev. 03	Vig.: Oct 25	
(Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada)					Página 1 de 1

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”.