MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

SOLICITUD DE HABILITACIÓN

DIRECTOR/A DE FISCALIZACIÓN SANITARIA
S/D

Nos dirigimos a Ud. solicitando tenga a bien dar curso al trámite de Habilitación, acorde a la normativa vigente modificatoria del Decreto 3020/02 al establecimiento, cuyos datos se detallan:

Propietario/a (Razón Social/Unipersonal):

CUIT:

Datos del Establecimiento:

Nombre de Fantasía:

Domicilio:

Localidad:

Teléfono:

Email:

Modalidad:

Capacidad máxima de concurrentes/ camas (según corresponda):

Tipo de Jornada pretendida (simple o doble):

Director/a de Médico/a Técnico/a:

Nombre y Apellido:

Matrícula Provincial Nº:

……	……
Firma, aclaración y DNI de propietario/a / Presidente Razón Social	Firma, aclaración y DNI de el/la Director/a Médico/a Técnico/a.