

(Lugar y fecha)..... /..... /.....

A Dirección de Información en Salud (DIS)

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitar la FUSION de los siguientes establecimientos de salud:

Aclaración: debe detallar en la primera fila los datos correspondientes al Establecimiento de Salud Definitivo.

Nombre del Establecimiento	Código	Domicilio	Partido	Fecha de Fusión	Motivo
<b>Establecimiento definitivo</b>					
<b>Establecimientos fusionados</b>					

Sin otro particular saludo a Ud. muy atentamente

*IMPORTANTE:* *Se recuerda que la presente nota debe estar firmada por el Secretario de Salud o el Intendente del Municipio.*