

Habilitación de establecimientos asistenciales a los fines de la ley Ley 27.447

La presente reviste carácter de declaración jurada

Datos del establecimiento

Nombre oficial registrado:

Domicilio

Calle:

Nro:

Piso:

Dpto:

Localidad:

Provincia:

Partido/departamento:

CP:

Teléfono fijo:

Teléfono celular:

Correo Electrónico:

Web:

Ámbito del Establecimiento

- | | | | |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Nacional | <input type="radio"/> Privado | <input type="radio"/> Obras Sociales | <input type="radio"/> Otro |
| <input type="radio"/> Provincial | <input type="radio"/> Fuerza Armadas | <input type="radio"/> Universitario | <input type="radio"/> ----- |
| <input type="radio"/> Municipal | <input type="radio"/> Fuerzas de Seguridad | <input type="radio"/> De comunidad | <input type="radio"/> ----- |

Gestiona habilitación para

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="radio"/> ABLACIÓN | <input type="radio"/> IMPLANTE | | |
| <input type="radio"/> Riñón y Uréter | <input type="radio"/> Páncreas y Renopáncreas | <input type="radio"/> Membrana Amniótica | |
| <input type="radio"/> CPH Autólogo y Alogénico Relacionado | <input type="radio"/> Intestino | <input type="radio"/> Homoinjertos valvulares, Vasculares y Otros Tejidos | |
| <input type="radio"/> CPH Alogénico no Relacionado | <input type="radio"/> Piel | <input type="radio"/> Laboratorio HLA | |
| <input type="radio"/> Hígado | <input type="radio"/> Córneas | <input type="radio"/> ----- | |
| <input type="radio"/> Corazón | <input type="radio"/> Esclera | <input type="radio"/> ----- | |
| <input type="radio"/> Pulmón | <input type="radio"/> Tejido musculoesquelético y osteoarticular | <input type="radio"/> ----- | |
| Tipo de Trasplante | <input type="radio"/> Adulto | <input type="radio"/> Pediátrico | |

Director Médico

Apellido/s:

Nombre/s:

Tipo de documento:

DNI

DNIM

DNIF

LE

LC

CI

Pasaporte

Número:

Tipo y N° de matrícula:

Especialidad médica:

Domicilio

Calle:

Nro:

Piso:

Dpto:

Localidad:

CP:

Partido/departamento:

Provincia:

Director Médico:

Firma

Aclaración