

## 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 Histoidéntico | <input type="radio"/> Intestino                                  | <input type="radio"/> Homoinjertos valvulares, Vasculares y Otros Tejidos |
| <input type="radio"/> CPH No Relacionado y Relacionado Haploidéntico     | <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  Adulto  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