

Habilitación de Bancos de Tejidos. Ley 27.447

La presente reviste carácter de declaración jurada

Datos del establecimiento donde funcionará el Banco

Nombre oficial registrado:

Datos del Banco

Calle:

Nro:

Piso:

Dpto:

Localidad:

Provincia:

Partido/departamento:

CP:

Teléfono fijo:

Web:

Correo Electrónico:

Ámbito del establecimiento:

Nacional

Fuerzas de Seguridad

Provincial

Universitarias

Municipal

De comunidad

Obras Sociales

Otro

Privado

Fuerza Armadas

Gestiona habilitación como Banco de:

Director Médico del Banco

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:

Firma y sello del Director del Banco

Fecha: / / (dd/mm/aaaa)

Firma y sello del Director del Establecimiento

Fecha: / / (dd/mm/aaaa)