

Habilitación de Laboratorios de Histocompatibilidad (HLA). Ley 27.447

La presente reviste carácter de declaración jurada

Datos del Establecimiento donde funcionará el Laboratorio

Nombre oficial registrado:

Datos del Laboratorio

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 Laboratorio de Histocompatibilidad (HLA): -----

Jefe del Laboratorio

Apellido/s:
Nombre/s:
Tipo de documento: DNI DNIM DNIF LE LC CI Pasaporte Número:
Tipo y N° de matrícula: Especialidad:

Domicilio

Calle: Nro: Piso: Dpto:
Localidad: CP:
Partido/departamento: Provincia:

Firma y sello del Jefe del Laboratorio
Fecha: / / (dd/mm/aaaa)

Firma y sello del Director del Establecimiento
Fecha: / / (dd/mm/aaaa)