

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

La presente reviste carácter de declaración jurada

Uso exclusivo para el registro de establecimientos autorizados para implante de tejidos

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"/> IMPLANTE | <input type="radio"/> Membrana Amniótica |
| <input type="radio"/> Piel | <input type="radio"/> Homoinjertos valvulares, Vasculares y Otros Tejidos |
| <input type="radio"/> Esclera | <input type="radio"/> ----- |
| <input type="radio"/> Tejido musculoesquelético y osteoarticular | <input type="radio"/> ----- |

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