



FORMULARIO INSTITUCIÓN

Nº CARPETA*

División Radiofísica Sanitaria. Dirección General de Auditoria Médica
Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe

FORMULARIO | Cód: F-01-RS | Rev. 01 | Vigencia: Julio 2020
(Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada)

FECHA:

IDENTIFICACION

Nombre Fantasía	
Titularidad (Razón Social)	
CUIT	
Denominación (consultorio, hospital, sanatorio, clínica, sancos, industria, etc.):	
Domicilio	
Localidad:	
Código Postal	
Teléfono:	
E Mail:	
página web:	
Días y Horarios de Atención:	

Responsable titularidad (apoderado legal, dueño, gerente, etc)		Carácter de la Institución	
Apellido		Privado	
Nombre		Nacional	
DNI		Provincial	
M.P.		Municipal	
Profesión		ONG	
Función		Otros	

EQUIPOS

Nº	CODIGO*	MARCA	MODELO	TIPO	AUT. IND.	RESP. USO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

.....

Firma y sello del Responsable Titularidad

*Para ser completado por Radiofísica Sanitaria.