

 PROVINCIA DE SANTA FE	<b>FORMULARIO INSTITUCIÓN BAJA</b>				<b>N° CARPETA*</b>	
	<i>División Radiofísica Sanitaria. Dirección General de Auditoría Médica</i> <i>Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe</i>					
	FORMULARIO	Cód: <b>F-12-RS</b>	Rev. 01	Vigencia: Julio 2020	FECHA:	
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de <b>Declaración Jurada</b> )					

IDENTIFICACION	
Nombre Fantasía	
Titularidad (Razón Social)	
CUIT	
Denominación	
Domicilio	
Localidad:	
Código Postal	
Teléfono:	
E Mail:	
página web:	
Días y Horarios de Atención:	

Motivos de la solicitud de baja:

- ☐ CIERRE INSTITUCION  
☐ MUDANZA DE INSTITUCION. NUEVA DIRECCION:.....  
☐ BAJA RESPONSABLE DE USO  
☐ BAJA RESPONSABLE INSTITUCIÓN  
☐ BAJA DE EQUIPAMIENTO

EQUIPOS DE BAJA					
N°	CODIGO*	MARCA	MODELO	TIPO	MOTIVO DE BAJA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Otros comentarios:

.....  
Firma y sello del Responsable Titularidad

\*Para ser completado por Radiofísica Sanitaria.