



FORMULARIO N°5

Recibo N°

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Trámite N°

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

DIRECCIÓN DE AUDITORIA MÉDICA

SOLICITUD DE RENOVACIÓN HABILITACIÓN DE CONSULTORIO

LEY 9847 Dto. 1453/86 y Modificatorias Ley 10.169 Dto 3854/87

1- DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellido _____

Mat. _____ DNI _____ Mail _____

Tel. _____

2- DATOS DEL CONSULTORIO

Domicilio _____ N° _____ Piso _____ Dto _____

Ciudad _____ Cód. Postal _____

Tel. _____ Mail: _____

Cantidad de Consultorios _____

¿Asiste a personas con movilidad reducida? _____

3- DISCIPLINAS DE LA SALUD

| | Cant. | | Cant. |
|---------------|-------|----------------|-------|
| PSICÓLOGO | | PSICOPEDAGOGOS | |
| FONOAUDIÓLOGO | | KINESIÓLOGOS | |
| MÉDICO | | OTROS | |

4- DATOS DE PROFESIONALES QUE INTEGRAN EL CONSULTORIO

| APELLIDO Y NOMBRE | TELÉFONO | MAT. | DNI | FIRMA |
|-------------------|----------|------|-----|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- En caso de profesionales **NO** Psicólogos adjuntar Constancias de Matrícula.

Obsevaciones: _____

Los datos contenidos en la presente solicitud tiene carácter de **DECLARACIÓN JURADA**, haciendose responsable de los mismos el Titular del Consultorio, quien firma al pie tomando conocimiento de las exigencias establecidas para la Habilitación y Fiscalización de los establecimientos de Salud de la Provincia de Santa Fe – Ley 9847 y Ley 10169 y sus Decretos Reglamentarios.

Firma Profesional Titular

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

FECHA

Consultas: Oficina de Secretaría - de lunes a viernes de 08:00 a 13:30 horas - Tel. 4498780 / 4474460 - Int. 14