

ESTABLECIMIENTOS DE DIÁLISIS CRÓNICA¹

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____

DOMICILIO _____
CALLE NÚMERO

LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____ Tel/fax _____ CP _____

RAZÓN SOCIAL _____

CUIT Nº: _____ TIPO DE IVA: _____

E-MAIL: _____

HABILITACIÓN Nº² _____ EXPEDIDA POR _____
EN FECHA:

INSCRIPCIÓN EN EL RNPQ Nº³: _____

NOMBRE DEL DIRECTOR MÉDICO _____

E-MAIL _____

Dependencia:

Estatal: Nacional Provincial Municipal

Seguridad Social: Nacional Provincial

Privado: c/fines de lucro s/fines de lucro

Puestos de diálisis disponibles: Hasta 15 Más de 15

Efectúa diálisis peritoneal SI NO

SI	NO

¿Funcionó en forma continua durante los 12 meses anteriores a la presente solicitud?

¿Está ubicado en una zona no inundable?

¿Se encuentran salvadas las eventuales barreras arquitectónicas ?

¹ La presente tiene carácter de Declaración Jurada

² Adjuntar fotocopia de habilitación

³ Adjuntar fotocopia de inscripción o constancia de exceptuación

¿Existen habitualmente animales domésticos en el establecimiento?

¿Aplica métodos de control de vectores biológicos (roedores, insectos, etc.)?

Fecha

Firma del Director