

SERVICIOS AMBULATORIOS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES¹

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____

DOMICILIO _____

CALLE

NÚMERO

LOCALIDAD

PROVINCIA

Tel/fax

CP

RAZÓN SOCIAL _____

CUIT N°: _____ TIPO DE IVA: _____

E-MAIL: _____

HABILITACIÓN N°² _____ EXPEDIDA POR _____

EN FECHA:

INSCRIPCIÓN EN EL RNPQ N°³: _____

NOMBRE DEL DIRECTOR MÉDICO _____

E-MAIL _____

Servicios que ofrece (marcar con X todos los que correspondan)

RADIOLOGÍA CONVENCIONAL HEMODINAMIA

ULTRASONOGRAFÍA TOMOGRAFÍA COMPUTADA

TERAPIA RADIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA

MEDICINA NUCLEAR

OTRO Consignar: _____

Fecha

Firma del Director Médico y
aclaración

¹La presente tiene carácter de Declaración Jurada

²Adjuntar fotocopia de habilitación

³Adjuntar fotocopia de inscripción o constancia de exención