

SERVICIOS AMBULATORIOS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES¹

SOLICITUD DE EVALUACIÓN PRELIMINAR

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____

DOMICILIO _____

	CALLE	NÚMERO
LOCALIDAD	PROVINCIA	Tel/fax
RAZÓN SOCIAL	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 _____

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

RADIOLOGÍA CONVENCIONAL <input type="checkbox"/>	HEMODINAMIA <input type="checkbox"/>
ULTRASONOGRAFÍA <input type="checkbox"/>	TOMOGRAFÍA COMPUTADA <input type="checkbox"/>
TERAPIA RADIANTE <input type="checkbox"/>	RESONANCIA MAGNÉTICA <input type="checkbox"/>
MEDICINA NUCLEAR <input type="checkbox"/>	
OTRO <input type="checkbox"/> 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