

LABORATORIO AMBULATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS¹

SOLICITUD DE EVALUACIÓN PRELIMINAR

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 TÉCNICO _____

E-MAIL _____

Dependencia:

Estatal: Nacional Provincial Municipal

Seguridad Social: Nacional Provincial

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

Carga diaria de trabajo en pacientes día (marcar con una cruz [X] lo que corresponda):

40 41 - 70 70 - 150 + 150

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?

--	--

¹La presente tiene carácter de Declaración Jurada

²Adjuntar fotocopia de habilitación

³Adjuntar fotocopia de inscripción o constancia de excepción

¿Existen habitualmente animales domésticos en el establecimiento?

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

Fecha

Firma del Director Técnico