Solicitud de **HABILITACIÓN DE CENTRO MÉDICO**

**A la DIRECCIÓN NACIONAL de HABILITACIÓN, FISCALIZACIÓN y SANIDAD de FRONTERAS:**

Quien suscribe:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Titular del Establecimiento |  | Apoderado |

**\*El apoderamiento debe hacerse mediante AFIP**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Apellido |  |
| Domicilio |  |
| CUIT |  |
| Teléfono |  |
| Mail |  |
| Cargo |  |
| Profesión |  |
| Matricula N° |  |

Solicita por medio de la presente la **HABILITACIÓN DE CENTRO MÉDICO:**

|  |  |
| --- | --- |
| Datos del Establecimiento | |
| Razón Social |  |
| CUIT |  |
| Domicilio |  |
| Bajo la titularidad de |  |
| CUIT |  |
| Matricula N° |  |
| Profesión |  |
| Especialista en |  |

**DECLARO BAJO JURAMENTO LA VERACIDAD DE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS.**

Firma y sello del Titular

Firma y Sello del Director Médico  
(Certificad por Escribano o Banco)