Solicitud de **HABILITACIÓN DE SERVICIO DE ATENCIÓN - INTERNACIÓN MÉDICA DOMICILIARIA**

**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 SERVICIO DE ATENCIÓN - INTERNACIÓN MÉDICA DOMICILIARIA**

|  |
| --- |
| 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 Director Médico
(Certificada por Escribano o Banco)