Solicitud de **BAJA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

**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 **BAJA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD** |
| Datos del Establecimiento |
| Razón Social |   |
| CUIT |   |
| Domicilio |   |
| Habilitado por Disposición N° |  |
| Bajo la titularidad de  |  |
| CUIT |  |
| Matricula N° |  |
| Profesión |  |
| Especialista en |  |

El establecimiento generaba residuos biopatogénicos? SI\_\_\_ / NO\_\_\_

En caso afirmativo: **Declaro haber realizado la última deposición de residuos biopatogénicos
quedando el Establecimiento en óptimas condiciones sanitarias.**

**El establecimiento cuenta con Equipamiento habilitado?** SI\_\_\_ / NO\_\_\_

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

Firma y Sello del Director Médico *en caso de poseerlo*.
(Certificada por Escribano o Banco)

Firma y sello del Titular