Solicitud de **HABILITACIÓN DE EQUIPOS DE LASER/IPL**

**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 EQUIPOS DE LASER/IPL** | |
| **Datos del Establecimiento** | |
| Razón Social |  |
| CUIT |  |
| Domicilio |  |
| Habilitado por Disposición (o N° de expediente donde la tramita) |  |
| Bajo la titularidad de |  |
| CUIT |  |
| Matricula N° |  |
| Profesión |  |
| Especialista en |  |

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

Firma y Sello del Director Médico / Técnico  
(Certificada por Escribano o Banco)

Firma y sello del Titular

Solicitud de **HABILITACIÓN DE EQUIPOS DE LASER/IPL**

**Anexo I**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MARCA** | **MODELO** | **Potencia / Fluencia** | **Clase** | **USO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

Firma y Sello del Director Médico / Técnico  
(Certificada por Escribano o Banco)

Firma y sello del Titular