



COLEGIO DE MEDICOS DE SANTA FE

PRIMERA CIRCUSCRIPCION

NOMBRE DEL O LOS PROPIETARIOS:

SOCIEDAD: (Si fuese sociedad se acompañará copia del contrato o estatuto)

SE ADJUNTA:

1. PLANO MUNICIPAL: copia del plano municipal reglamentario actualizado, aprobado por autoridad competente y/o sello de Comuna. Sujeto a REGLAMENTO DE EDIFICACIONES PRIVADAS.
2. Certificado de matriculación y habilitación en el Colegio Profesional respectivo del Director y demás profesionales.
3. Copia del reglamento interno que normalice la coordinación de los estamentos entre sí del establecimiento y copia de la estructura funcional.
4. Nombre del director y demás profesionales permanentes, periódicos o a demanda: consignar al reverso nomina con categoría y especialidad

Nº	PROFESIONAL	CATEGORIA	ESPECIALIDAD	MATRICULA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

(EN CASO DE QUE EL CUADRO PRESENTE NO CONTENGA A TODOS LOS PROFESIONALES - ADJUNTAR LISTADO)

FECHA:

FIRMA DEL TITULAR

Los datos contenidos en la presente solicitud tiene carácter de DECLARACION JURADA, haciéndose responsable de los mismos, el Director Médico de la institución, quien firma al pie tomando conocimiento de las exigencias establecidas para la Habilitación y Fiscalización de los establecimientos de salud de la Provincia de Santa Fe - Ley 9847 y 10169 y sus decretos reglamentarios.

Se inicia trámite simultáneo de inscripción ante Colegio de

para la habilitación del

cuya fiscalización corresponde al o a los citados organismos volviendo a firmar el Director responsable.-

FIRMA DEL DIRECTOR