

Córdoba,

Dirección de Jurisdicción  
Regulación Sanitaria y R.u.Ge.Pre.Sa  
Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba

El que suscribe \_\_\_\_\_  
D.N.I.Nº \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_,

en mi carácter de \_\_\_\_\_, del  
**Establecimiento** \_\_\_\_\_,

con domicilio en \_\_\_\_\_  
de la ciudad \_\_\_\_\_,  
**propiedad (#1)** \_\_\_\_\_,

y bajo la **Dirección Técnica** de \_\_\_\_\_,

M.P. Nº \_\_\_\_\_, vengo por el presente a solicitar la inscripción y  
habilitación de la entidad que represento, destinada a prestar los servicios de  
\_\_\_\_\_, a cuyo fin acompaño el  
poder correspondiente a efectos de acreditar la representación invocada, así como la  
documentación pertinente conforme a la normativa aplicable.

Que en el carácter invocado declaro conocer y aceptar la Ley Nº 6.222, Decreto Nº  
33/08 y Resolución Ministerial Nº 015/09, Ley Nº 7872 Modificada por Ley 8677, Decreto  
Nº 657/08 y Resolución Ministerial 394/09, formulando adhesión expresa e irrevocable a  
los principios que los informan, obligando a mi mandante a su cumplimiento irrestricto.

Que asimismo, comprometo a mi representada, a cumplir con los requisitos de  
habilitación, como así también con los de acreditación y categorización de efectores y de  
certificación de profesionales de acuerdo con las normas dictadas y que dicte ese  
Ministerio.

Se adjunta a la presente ANEXO I, con los datos complementarios solicitados y ANEXO  
II con declaración jurada del Director Técnico.

En razón de lo expuesto solicitamos tenga presente esta solicitud de inscripción en ese  
Registro y en consecuencia se nos expida la habilitación correspondiente.

Firma

Aclaración/Sello

#1 NOTA: El Apoderado o propietario deberá acreditar su personería con la correspondiente documentación  
que acredite su identidad., firmas certificadas por escribano publico o en Ministerio de Salud RUGEPRESA  
con DNI