

Al
Registro de Unidades de Gestión
de Prestaciones de Salud
Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba

Córdoba,

El que suscribe _____,
D.N.I.N° _____, 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. N° _____, 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 N° 6.222, Decreto N° 33/08
y Resolución Ministerial N° 015/09, Ley N° 7872 Modificada por Ley 8677, Decreto N°
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

#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