

## CENTROS REGIONALES DE HEMOTERAPIA<sup>1</sup>

### SOLICITUD DE ACREDITACIÓN

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

CALLE

NÚMERO

LOCALIDAD

PROVINCIA

Tel/fax

CP

RAZÓN SOCIAL \_\_\_\_\_

CUIT Nº: \_\_\_\_\_ TIPO DE IVA: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

HABILITACIÓN Nº<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ EXPEDIDA POR \_\_\_\_\_

EN FECHA:    INSCRIPCIÓN EN EL RNPQ Nº<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DIRECTOR \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

**Dependencia:** Estatal:  Nacional  Provincial  Municipal   
Privado:  c/fines de lucro  s/fines de lucro

**Requisitos preliminares y condiciones implícitas de calidad**

**SI NO**

¿Está ubicado en localidad con más de 15.000 habitantes?

¿Está habilitado por autoridad sanitaria?<sup>4</sup>

Nacional

Provincial

Municipal

¿Funcionó en forma continua los 12 meses anteriores a la presente

Solicitud?

¿Está ubicado en una zona inundable?

¿Dispone de agua potable ininterrumpidamente?

¿En las instalaciones del establecimiento existen animales domésticos?

¿Aplica métodos sistemáticos de control de vectores biológicos?

**Designación de contraparte para el Programa de Acreditación**

Nombre \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Teléfono directo

Teléfono móvil

e-mail

<sup>1</sup>La presente tiene carácter de Declaración Jurada

<sup>2</sup>Adjuntar fotocopia de habilitación

<sup>3</sup>Adjuntar fotocopia de inscripción o constancia de exención

<sup>4</sup>Presentar fotocopias del/ los Certificados de Habilitación.

Fecha

Firma del Director

**Espacio reservado para ITAES**

Fecha de recepción de la solicitud:    (ddmmaaa)

Documentación verificada por:

---

Nombre y cargo

Firma

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....