

ORGANIZACIÓN DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA¹
SOLICITUD DE ACREDITACIÓN

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN _____

DOMICILIO _____

CALLE

NÚMERO

LOCALIDAD

PROVINCIA

Tel/fax

CP

RAZÓN SOCIAL _____

CUIT N°: _____ TIPO DE IVA: _____

E-MAIL: _____

HABILITACIÓN N°² _____ EXPEDIDA POR _____

EN FECHA:

NOMBRE DEL DIRECTOR MÉDICO _____

E-MAIL _____

Servicios que ofrece (marcar con X todos los que correspondan)

MÉDICOS

PROV. DE EQUIPAMIENTO

ENFERMERÍA

SOPORTE NUTRICIONAL

KINESIOLOGÍA

VENT. NO INVASIVA

REHABILITACIÓN

OTRO Consignar: _____

Fecha

Firma del Director Médico y
aclaración

¹La presente tiene carácter de Declaración Jurada

²Adjuntar fotocopia de habilitación