

## LABORATORIO AMBULATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS<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 TÉCNICO \_\_\_\_\_

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

Carga diaria de trabajo (marcar con una cruz [X] lo que corresponda):

40  41 - 70  70 - 150  + 150

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

¿Está ubicado en una zona no inundable?

¿Se encuentran salvadas las eventuales barreras arquitectónicas?

¿Existen habitualmente animales domésticos en el establecimiento?

¿Aplica métodos de control de vectores biológicos (roedores, insectos, etc.)?

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<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 excepción

Fecha 

--	--	--

Firma del Director Técnico

--