MINISTERIO DE SALUD - PROVINCIA DE CHUBUT

DIRECCION PROVINCIAL DE FISCALIZACION Y MATRICULACION

FORMULARIO B LISTADO DE EQUIPAMIENTO

Establecimiento denominado:_____ Tel N°_____

Responsable Profesional o legal:_____

TIPO DE EQUIPO	MARCA Y MODELO	AÑO DE FABRICACION	N DE SERIE	OBSERVACION

La información antes detallada tiene carácter de declaración jurada.-

Firma y sello funcionario actuante.-

firma responsable profesional y/olegal

Fecha de recepción:……/……/……