



MINISTERIO DE SALUD - PROVINCIA DE CHUBUT

DIRECCION PROVINCIAL DE FISCALIZACION Y MATRICULACION

FORMULARIO C LISTADO DE PRESTACIONES Y/O PRÁCTICAS

Establecimiento denominado: _____ Tel N° _____

Responsable Profesional o legal: _____

PRESTACION	PROFESIONAL RESPONSABLE	M.P.P. N°	OBSERVACIÓN

La información antes detallada tiene carácter de declaración jurada.-

Firma y sello funcionario actuante.-
FECHA: / / .-

firma responsable profesional y/o legal