

 PROVINCIA DE SANTA FE	FORMULARIO SERVICIO DE DOSIMETRIA				Nº CARPETA*
	<i>División Radiofísica Sanitaria. Dirección General de Auditoria Médica Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe</i>				
	FORMULARIO	Cód: F-10-RS	Rev. 01	Vigencia: Julio 2020	FECHA:
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada)				

** Para realizar este trámite de habilitación o renovación debe presentar el último ejercicio de intercomparación.

IDENTIFICACION	
Titularidad (Razón Social):	
CUIT:	
Denominación:	
Domicilio:	
Localidad:	
Código Postal	
Teléfono:	
E Mail:	
Página web:	

TIPO DE SOLICITUD				
<input type="radio"/>	RENOVACION SIN CAMBIOS	<input type="radio"/>	HABILITACION NUEVA O POR CAMBIOS	
DESCRIPCION DEL TIPO DE DOSIMETRIA				
TIPO	<input type="radio"/>	PELICULA		
	<input type="radio"/>	TLD	DESCRIPCION	MARCA
	<input type="radio"/>	OLD		MODELO
	<input type="radio"/>	OTRO:		Nº SERIE
EJERCICIO DE INTERCOMPARACION				
<input type="radio"/>	NO	FECHA PROXIMA INTERCOMPARACION:		
<input type="radio"/>	SI	FECHA ULTIMA INTERCOMPARACION**:		
ORGANISMO DONDE SE REALIZARA / REALIZÓ:				
PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD				
NORMA QUE APLICA:				
INFORMES MENSUALES ENVIADOS A RADIOFISICA				
FORMATO:				

Responsable titularidad (apoderado legal, dueño, gerente, etc)	
Apellido	
Nombre	
DNI	
Profesión	
Función	

.....
Firma y sello del Responsable Titularidad

*Para ser completado por Radiofísica Sanitaria

** Adjuntar documentación de la intercomparacion