

 PROVINCIA DE SANTA FE	FORMULARIO SERVICIO DE DOSIMETRIA				N° CARPETA*
	<i>División Radiofísica Sanitaria. Dirección General de Auditoría Médica</i> <i>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:		N° SERIE	
EJERCICIO DE INTERCOMPARACION					
<input type="radio"/>	NO	FECHA PROXIMA INTERCOMPARACION:			
<input type="radio"/>	SI	FECHA ULTIMA INTERCOMPARACION**:			
ORGANISMO DONDE SE REALIZARÁ / 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