

	FORMULARIO INSTITUCIÓN BAJA			N° CARPETA*
	<i>División Radiofísica Sanitaria. Dirección General de Auditoría Médica Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe</i>			
	FORMULARIO	Cód: F-12-RS	Rev. 01	Vigencia: Julio 2020
<small>(Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada)</small>				

IDENTIFICACION	
Nombre Fantasía	
Titularidad (Razon Social)	
CUIT	
Denominaicon	
Domicilio	
Localidad:	
Codigo Postal	
Teléfono:	
E Mail:	
página_web:	
Días y Horarios de Atención:	

Motivos de la solicitud de baja:

- CIERRE INSTITUCION
- MUDANZA DE INSTITUCION. NUEVA DIRECCION:.....
- BAJA RESPONSABLE DE USO
- BAJA RESPONSABLE INSTITUCIÓN
- BAJA DE EQUIPAMIENTO

EQUIPOS DE BAJA					
N°	CODIGO*	MARCA	MODELO	TIPO	MOTIVO DE BAJA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Otros comentarios:

.....
Firma y sello del Responsable Titularidad

*Para ser completado por Radiofísica Sanitaria.