

Al
Registro de Unidades de Gestión
de Prestaciones de Salud
Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba

Córdoba,

El que suscribe.....
D.N.I.Nº, con domicilio en
....., de la ciudad de
en mi carácter de (apoderado – propietario) del
Establecimiento
.....
con domicilio en
de la ciudad
propiedad
y bajo la **Dirección Técnica** de
M.P. Nº vengo por el presente a solicitar la inscripción y
habilitación de la entidad que represento, destinada a prestar los servicios de
..... a cuyo fin acompaño
el poder correspondiente a efectos de acreditar la representación invocada, así como
la documentación pertinente conforme a la normativa aplicable.

Que en el carácter invocado declaro conocer y aceptar la Ley Nº 6.222,
Decreto Nº 33/08 y Resolución Ministerial Nº 015/09, Ley Nº 7872 Modificada por Ley
8677, Decreto Nº 657/08 y Resolución Ministerial 394/09, formulando adhesión
expresa e irrevocable a los principios que los informan, obligando a mi mandante a su
cumplimiento irrestricto.

Que asimismo, comprometo a mi representada, a cumplir con los
requisitos de habilitación, como así también con los de acreditación y categorización
de efectores y de certificación de profesionales de acuerdo con las normas dictadas y
que dicte ese Ministerio.

Se adjunta a la presente **ANEXO I**, con los datos complementarios
solicitados y **ANEXO II** con declaración jurada del Director Técnico.

En razón de lo expuesto solicitamos tenga presente esta solicitud de
inscripción en ese Registro y en consecuencia se nos expida la habilitación
correspondiente.

Apoderado o propietario

Firma

Aclaración

NOTA: El Apoderado o propietario deberá acreditar su personería con la correspondiente documentación
que acredite su identidad.