

Habilitación de Bancos de Tejido. Ley 27.447 y Decreto 16/2019

La presente reviste carácter de declaración jurada

Datos del establecimiento donde funcionará el Banco

Nombre oficial registrado: _____

Datos del Banco

Calle: _____ Nro: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Partido/departamento: _____ CP: _____

Teléfono fijo: _____ Fax: _____

Correo Electrónico: _____ Web: _____

Ámbito del establecimiento:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Nacional | <input type="radio"/> Fuerzas de Seguridad |
| <input type="radio"/> Provincial | <input type="radio"/> Universitarias |
| <input type="radio"/> Municipal | <input type="radio"/> De Comunidad |
| <input type="radio"/> Obras Sociales | <input type="radio"/> Otro |
| <input type="radio"/> Privados | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> Fuerzas Armadas | <input type="radio"/> _____ |

Gestiona habilitación como Banco de: _____

Director Médico del Banco

Apellido/s: _____

Nombre/s: _____

Tipo de documento: DNI DNIM DNIF LE LC CI Pasaporte Número: _____

Tipo y número de matrícula: _____ Especialidad médica: _____

Domicilio

Calle: _____ Nro: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Localidad: _____ CP: _____

Partido/departamento: _____ Provincia: _____

Documentación que acompaña

- Nota de elevación
- Detalle de estructura física según reglamentación
- Detalle de equipamiento según reglamentación
- Nómina del personal profesional según reglamentación

.....
Firma y sello del Director del Banco

Fecha: [] / [] / []

.....
Firma y sello del Director del Establecimiento

Fecha: [] / [] / []