GOBIERNO DE MENDOZA
MINISTERIO DE SALUD,
DESARROLLO SOCIAL Y DEPORTES

ANEXO **RESOLUCION N° 001981**

Solicitud y Declaración Jurada para Habilitación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales

Mendoza, ...

A LA SRA. MINISTRA DE SALUD,
DESARROLLO SOCIAL Y DEPORTES
FARM. ANA MARIA NADAL
S/D

El/la que suscribe ....., en representación del establecimiento ....., bajo la titularidad de ....., CUIT N° ....., que desarrolla sus actividades en domicilio constituido en ....., del Departamento de ....., Provincia de Mendoza, tel....., domicilio electrónico ....., bajo la dirección técnica de ..... matrícula....., se presenta ante Usted a fin de solicitar HABILITACIÓN/PRÓRROGA DE HABILITACIÓN, en el marco del Decreto N° 1499/22, de mi establecimiento como Clínica/Sanatorio/Hospital, detallando los siguientes servicios:

.....

.....

.....

Asimismo, declaro que actualmente me encuentro trabajando con los siguientes financiadores de salud:

.....

.....

.....

Se acompaña a la presente:

- ❑ Constancia de Inscripción de AFIP.
- ❑ Copia de la Escritura, Contrato de Alquiler o Comodato en vigencia y sellado por ATM.
- ❑ Persona jurídica: Copia del Estatuto Social y Copia de la Resolución emitida por la Dirección de Personas Jurídicas de Mendoza.
- ❑ Convenio de Área Protegida, en caso de corresponder.

REDACTOR
SUPERVISION
SEC GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARIA

Farm. ANA MARÍA NADAL
MINISTRA DE SALUD,
DESARROLLO SOCIAL y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA

- Copia de Propuesta y aceptación del cargo Director Técnico, (persona jurídica: mediante acta de directorio firmada por todos los integrantes; persona física: mediante nota simple firmada por el Director Técnico y Titular)
- Matrícula vigente y DNI (frente y dorso) del Director Técnico.
- CE.ME.PA.CI o Constancia de inicio de trámite.

DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO que el establecimiento que represento realiza las prestaciones asistenciales de salud correspondientes, cumpliendo con el recurso humano, el equipamiento, las condiciones edilicias y demás acciones pertinentes, conforme a las buenas prácticas, resguardando la seguridad de los pacientes, del personal del establecimiento y de toda persona que circula o concurre al mismo, asumiendo la responsabilidad por todo lo expuesto precedentemente.

Declaro bajo juramento que la presente ha sido confeccionada sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad y me comprometo a comunicar cualquier modificación en los mismos inmediatamente producida. Asimismo, acepto que las notificaciones se realicen en el domicilio electrónico denunciado, quedando bajo mi responsabilidad el control periódico del mismo.

Por último, declaro conocer que la falsificación, ocultación o inexactitud de los datos declarados podrá dar lugar, en su caso, a las correspondientes sanciones administrativas, penales (Art. 292 CP y sgtes) o de cualquier otra índole que pudiera corresponder.

Lugar y Fecha: .....

....

Titular o Apoderado de la empresa (firma y aclaración)

Director Técnico (firma y aclaración)

REDACTOR
SUPERVISION
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARIA

Farm. ANA MARÍA NADAL
MINISTRA DE SALUD,
DESARROLLO SOCIAL y DEPORTES
GOBIERNO DE MENDOZA