
 <p>SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD - SIPROSA Ministerio de Salud Pública</p>	<b>FORMULARIO DE DATOS PERSONALES CREDENCIAL HABILITANTE EN BPM</b>				 <p>DIRECCIÓN GENERAL DE FISCALIZACIÓN SANITARIA</p>
	<p>DIRECCIÓN DE BROMATOLOGÍA</p>	Otros Documentos	Cód.: OD 03 EDDP	Rev. 00	

COPIA CONTROLADA

FORMULARIO DE DATOS PERSONALES	
<b>NOMBRE Y APELLIDO:</b>	<b>D.N.I.:</b>
<b>DOMICILIO:</b>	<b>Localidad:</b>
<b>Teléfono:</b>	<b>Código Postal:</b>

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO	
Razón social (Personas Jurídicas):	
Nombre y Apellido (Persona Física)	
DOMICILIO COMERCIAL	
Calle	Localidad:
Teléfono:	Código Postal:
<b>RNE:</b>	

***Los datos consignados en este formulario revisten el carácter de declaración jurada.***

Elaboración:	Revisión:	Aprobación
Bioq. María Virginia Bosio	Bioq. Graciela Selis	Bioq. Cristina Zelaya de Zóttoli
Inspectora Sanitaria	Responsable de Calidad	Directora