

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.