

## SOLICITUD DE RECEPCIÓN DE MATERIAL BIOLÓGICO

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_-

A la Dirección Nacional de Habilitación, Fiscalización y Sanidad de Fronteras

En carácter de:

<input type="checkbox"/>	Apoderado.
<input type="checkbox"/>	Director Técnico del Laboratorio de Análisis Clínicos.
<input type="checkbox"/>	Decano de Universidad.
<input type="checkbox"/>	Director Médico de Institución Médica.

### Datos del Establecimiento:

Razón Social:

CUIT:

Sito en la calle

N°:

Ciudad:

Provincia:

Código Postal:

Teléfono:

Correo electrónico:

Solicita autorizar la RECEPCIÓN de (PAIS) \_\_\_\_\_ de

Descripción	Cantidad	Volumen	con fines de (tachar lo que no corresponda)
			Diagnóstico o Investigativos o Control de calidad)
			Diagnóstico o Investigativos o Control de calidad)
			Diagnóstico o Investigativos o Control de calidad)
			Diagnóstico o Investigativos o Control de calidad)
			Diagnóstico o Investigativos o Control de calidad)
			Diagnóstico o Investigativos o Control de calidad)
			Diagnóstico o Investigativos o Control de calidad)
			Diagnóstico o Investigativos o Control de calidad)
			Diagnóstico o Investigativos o Control de calidad)
			Diagnóstico o Investigativos o Control de calidad)

Según Resolución N°1789/06.

Las muestras serán enviadas por:

Razón Social:

País:

Ciudad:

mail de contacto:

Las muestras serán recibidas por el profesional de la salud:

Apellido y Nombre:

CUIT:

Matricula:

Cargo:

