



**SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
SECRETARIA MINISTERIAL DE SALUD
REGION DEL MAULE
DPTO. DE ACCION SANITARIA
UNIDAD DE PRESTADORES**

Sr. Hans Lungenstrass G.
Secretario Regional Ministerial de Salud Maule:

Me permito informar a usted que yo,

--

Nombres

--

Apellido Paterno

Apellido Materno

Cédula de Identidad	-	Nacionalidad	
---------------------	---	--------------	--

De profesión:

Bioquímico	
Médico	
Químico farmacéutico	
Tecnólogo Médico	

Marque con X

Domiciliado en:

--	--

Avenida, calle, etc.

Número

Comuna		Teléfono	
--------	--	----------	--

Asumo Dirección Técnica	
-------------------------	--

Complementare Dirección Técnica	
---------------------------------	--

Marque solo una X

Nombre del establecimiento	
----------------------------	--

Ubicado en	
------------	--

Comuna		Fono laboratorio	
--------	--	------------------	--

A contar de (fecha)			20.....
---------------------	--	--	---------

Declaro no tener ninguna actividad incompatible con esta función, de acuerdo a lo señalado en el artículo 129 del libro VI del Código Sanitario.

Cumpliré con un horario de:

Lunes a viernes	a	hrs.
Sábado	a	hrs.

Saluda atentamente a usted,

Firma

Talca, ____ de ____ de 20__