|  |
| --- |
| **EQUIPAMIENTO BIOMEDICO - GRUPO 2 - RIESGO MEDIO** |
| **TITULAR / RAZON SOCIAL** |  *NOMBRE*  | **DOMICILIO** |  *DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO*  |
|
| **SERVICIO** | **EQUIPAMIENTO CON RIESGO PACIENTE O VIDA SEGÚN DECRETO N° 3405/07** | **VERIFICACION TECNICA** | **FIRMA Y SELLO BIOINGENIERO** |
| **NOMBRE DEL EQUIPO** | **MARCA** | **MODELO** | **N° DE SERIE** | **FECHA** |
| *SERVICIO* | *NOMBRE* | *MARCA* | *MODELO* | *N° DE SERIE* | *FECHA* |  |
| \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | *\_ \_ \_* | ***\_ \_ \_***  |  |
| \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | *\_ \_ \_* | ***\_ \_ \_***  |  |
| \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | *\_ \_ \_* | ***\_ \_ \_***  |  |
| \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | *\_ \_ \_* | ***\_ \_ \_***  |  |
| \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | *\_ \_ \_* | ***\_ \_ \_***  |  |
| \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | *\_ \_ \_* | ***\_ \_ \_***  |  |
| **JUNTO CON LA PLANILLA, SE DEBERÁN ADJUNTAR LOS INFORMES EMITIDOS POR LA INSTITUCIÓN VERIFICADORA. EN CASO DE NO PRESENTAR LOS MISMOS,**  **ESTA PLANILLA CARECERÁ DE VALIDEZ** |
| GRUPO 2 - EJEMPLOS:UNIDAD DE FOTOTERAPIAOXIMETRO DE PULSO | BOMBA DE INFUSIONECOGRAFO MONITORMULTIPARAPETRICO | MONITOR FETAL ESTIMULADORTERAPEUTICO | ASPIRADORES OTROS | **FIRMA Y SELLO DIRECTOR TECNICO** |