



AGREMIACION MÉDICA PLATENSE

DECLARACION JURADA APARATOLOGIA LAPAROSCOPIA - ARTROSCOPIA

DATOS PERSONALES

MP:

NOMBRE Y APELLIDO:

ESPECIALIDADES

ESPECIALIDAD

ACTIVIDAD PRINCIPAL

ACTIVIDAD SECUNDARIA

APARATOLOGIA 1

APARATO

DETALLE

MARCA

MODELO

FECHA FABRICACION

Nº DE SERIE

INSTITUCION DONDE SE UTILIZA

APARATOLOGIA 2

APARATO

DETALLE

MARCA

MODELO

FECHA FABRICACION

Nº DE SERIE

INSTITUCION DONDE SE UTILIZA

APARATOLOGIA 3

APARATO

DETALLE

MARCA

MODELO

FECHA FABRICACION

Nº DE SERIE

INSTITUCION DONDE SE UTILIZA

Firma y sello profesional

Recibi conforme A.M.P