

Al
Registro de Unidades de Gestión
de Prestaciones de Salud
Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba

Córdoba, 12 de enero de 2017

El que suscribe Norma Patricia Umaño,
D.N.I.Nº 18.000.000, con domicilio en Tacuari Nº209 piso 4º Depto "B" Torre 2 Barrio Belgrano, de la ciudad de Córdoba,
en mi carácter de (apoderado – propietario) propietario, del
Establecimiento "Consultorio Físio Kinésico "Umaño"
con domicilio en Av San Martín Nº41 piso 1º Depto "A" Barrio Centro
de la ciudad Córdoba,
propiedad Lic Norma Patricia Umaño,
y bajo la **Dirección Técnica** de Lic. Norma Patricia Umaño
M.P. Nº0111, vengo por el presente a solicitar la inscripción y
habilitación de la entidad que represento, destinada a prestar los servicios de
Físio-kinesiología, 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.