

ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA

| | Numero de camas de Internacion | Cirugia (SI/NO) | Terapia (SI/NO) | Sala de Rx (SI/NO) | Laboratorio (SI/NO) | Lab Anatomia Patologica (SI/NO) |
|-----------|--------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------|---------------------|---------------------------------|
| HOSPITAL | | | | | | |
| SANATORIO | | | | | | |
| CLINICA | | | | | | |

| Actividad (Marcar con una X) | Especialidad (Definir) | | | | | |
|------------------------------|------------------------|--|--|--|--|--|
| C/Medicos | | | | | | |
| C/Odontologicos | | | | | | |
| C/Enfermeria | | | | | | |
| C/Podologia | | | | | | |
| Laboratorios | | | | | | |
| Farmacia | | | | | | |
| Geriatricos | | | | | | |
| Otros | | | | | | |

ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD ANIMAL

| Actividad (Marcar con X) | Especialidad (Definir) | |
|--------------------------|------------------------|--|
| Veterinarias | | |
| Otras | | |

| ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA INVESTIGACION HUMANA Y / O ANIMAL (Describir) |
|---|
| |

| BREVE DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD / ESPECIALIDAD |
|--|
| |

Firma y aclaracion del Representante Legal