

**Consejo de Salubridad General**  
**Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud**

**Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica**  
**Solicitud de Inscripción para Establecimientos de Atención Médica de Hemodiálisis**

**FREM-0105**

Nombre o razón social del establecimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

C. Postal \_\_\_\_\_

Municipio / \_\_\_\_\_

Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Delegación \_\_\_\_\_

Registro Federal de contribuyentes: \_\_\_\_\_

Clasificación: Público:

Privado:

Institución : Pública:

IMSS ISSSTE PEMEX SEDENA SEMAR

SSA OTRA

Privada:

Número de unidades

Nombre del director: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo elec. \_\_\_\_\_

Nombre del Representante legal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo elec: \_\_\_\_\_

No. de Licencia sanitaria: \_\_\_\_\_ Vigencia: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de actividades:

día mes año

¿Actualmente alguna área del servicio de salud se encuentra en ampliación, remodelación y/o adaptación?

si

no

Autentifico que toda la información presentada en esta Solicitud de Inscripción es verdadera, y en caso de que incurra en falsedad de la misma, el Consejo de Salubridad General podrá suspender, en cualquier momento, el proceso de Certificación del Establecimiento de Atención Médica referido en este documento.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de solicitud

