

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 Rehabilitación

FREM-0104

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 camas censables: Número de camas no censables:

Número de salas:

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?

Sí

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

