**DATOS A LLENAR SOBRE EL ESTABLECIMIENTO GENERADOR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RAZÓN SOCIAL: |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE DE FANTASÍA: |  | | | | |

**DOMICILIO DE RECOLECCIÓN Y POSICIONAMIENTO GEOGRÁFICO:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CALLE: |  | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |
| N°: |  | PISO: |  | DPTO.: |  | | LATITUD: |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |
| LOCALIDAD: |  | C.P.: |  |  | |  | LONGITUD: |  |

**Comentario adicional sobre el domicilio de recolección (En caso de corresponder):**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**TIPO DE RESIDUOS GENERADOS:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VACUNATORIO |  |  | OBRA SOCIAL |  |  | ESTETICA SPA |  |
| CONSULTORIO |  |  | VETERINARIA |  |  | TATUADOR |  |
| HOSPITAL |  |  | ENFERMERIA |  |  | GINECOLOGIA |  |
| CLINICA |  |  | UROLOGIA |  |  | PSIQUIATRIA |  |
| CONS. ODONTOLÓGICO |  |  | INYECTABLE |  |  | CENTRO REHABILITACION |  |
| CENTRO DE DIALISIS |  |  | NEFROLOGICO |  |  | TRAUMATOLOGIA |  |
| CENTRO DE SALUD |  |  | CLINICA S/ INTERNACION |  |  | LAVADERO INDUSTRIAL |  |
| POLICLINICA |  |  | UNIDAD SANITARIA |  |  | SAN. AMBIENTAL |  |
| CLINICA C/ INTERNACION |  |  | DERMATOLOGIA |  |  | DROGUERIA |  |
| CENTRO MEDICO |  |  | FLEBOLOGIA |  |  | INST. DISCAPACIDAD |  |
| LABORATORIO |  |  | GERIATRICO |  |  | EMP. RECOLECCIÓN |  |
| INS. HEMOTERAPIA |  |  | ONCOLOGIA |  |  | KINESIOLOGÍA |  |
| SERVICIOS DE URGENCIA |  |  | EMPRESA AMBULATORIA |  |  | FRACC. DE OXIGENO |  |
| CONS. OFTALMOLÓGICO |  |  | MORGUE |  |  | MUTUAL |  |
| DIAG. POR IMAGEN |  |  | MEDICINA LABORAL - ART |  |  | OTRA - CUÁL? |  |
| SANATORIO |  |  | FARMACIA |  |  |  | |

**ENCARGADO DE LA GESTIÓN DE RESIDUOS:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDO: |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| M@IL: |  | | | TEL.: |  | |

**ÁMBITO / DEPENDENCIA:**

PÚBLICO  PRIVADO

**TIPO DE RESIDUOS GENERADOS:**

PATOGÉNICOS  ANÁTOMO PATOGÉNICO  FARMACEÚTICO  CITOTÓXICOS

**DÍAS Y HORARIOS DE RECOLECCIÓN: (Favor de indicar con la mayor amplitud posible)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DÍA** | LUNES |  |  | **HORARIO** (Ej.: DE 8 HS A 13 HS.) |  |
| MARTES |  |  |  |
| MIÉRCOLES |  |  |  |
| JUEVES |  |  |  |
| VIERNES |  |  |  |
| SÁBADO |  |  |  |

**DATOS A LLENAR SOBRE EL CLIENTE**

**N° CUIT:**       **DEBE ADJUNTAR CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN**

**N° IIBB:**       **DEBE ADJUNTAR CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN**

**CONDICIÓN FRENTE AL IVA:**

RESPONSABLE INSCRIPTO  RESPONSABLE EXENTO  MONOTRIBUTISTA

**DOMICILIO LEGAL:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CALLE: |  | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |
| N°: |  | PISO: |  | DPTO.: |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |
| LOCALIDAD: |  | C.P.: |  |  | |  |  |  |

**TITULAR O APODERADO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDO: |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| M@IL: |  | | | TEL.: |  | |

**“**EN EL CASO DE PERSONAS JURÍDICAS DEBEN ADJUNTAR COPIA DEL ESTATUTO Y/O PODER NOTARIAL DONDE ACREDITE QUE EL TITULAR O APODERADO INDICADO EN ESTE PUNTO TIENE PODER SUFICIENTE PARA TAL ACTO:”

**ENCARGADO DE GESTIÓN COMERCIAL:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDO: |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| M@IL: |  | | | TEL.: |  | |

**“**ES A QUIEN SUSTENTA SE DIRIGE PARA EL ENVÍO DE FACTURAS POR MAIL Y GESTIÓN DE COBRANZA:”