

FORMULARIO ESTABLECIMIENTO GENERADOR

Numero Generador

Fecha

Por Sustenta

Razón Social/Nombre
(del centro de generación)

Domicilio Real centro de generación) (del	CALLE: _____ N°: _____
	PISO: _____ DEPTO: _____
	DISTRITO: _____
	DEPARTAMENTO: _____
C.P: _____	

Posicionamiento Geográfico	<i>Latitud.</i>	<i>Longitud.</i>
-----------------------------------	-----------------	------------------

Teléfono y Fax
(del centro de generación)

Director del Centro Generador (apellido y nombre)	APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
---	--

Responsable de Gestión de Residuos (apellido, nombre, telf. y mail)	APELLIDO: _____
	NOMBRE: _____
	TELEFONO: _____
	E-MAIL: _____

Suplente del Responsable de Gestión de Residuos (apellido, nombre y telf.)	APELLIDO: _____
	NOMBRE: _____
	TELEFONO: _____

Responsable Técnico (apellido y nombre)	APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
---	--

Nº de Inscripción en el Registro de Generadores del Ministerio de Salud

Ámbito/Dependencia	<input type="checkbox"/> Ministerio Salud	Indicar Municipalidad: Indicar nombre del Centro del que depende: Indicar:
	<input type="checkbox"/> Municipal	
	<input type="checkbox"/> Privado	
	<input type="checkbox"/> Otro	

Tipo de Actividad Desarrollada en la que se Generan los Residuos Patogénicos y/o Farmacéuticos	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico / Neuro-psiquiátrico
	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Geriátrico
	<input type="checkbox"/> Sanatorio	<input type="checkbox"/> Banco Sangre
	<input type="checkbox"/> Policlínico	<input type="checkbox"/> Sala Primeros Auxilios
	<input type="checkbox"/> Centro de Salud	<input type="checkbox"/> Ambulancias o Emergencias
	<input type="checkbox"/> Cirugía	<input type="checkbox"/> Enfermería
	<input type="checkbox"/> Necropsia	<input type="checkbox"/> Hemodiálisis
	<input type="checkbox"/> Centro Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Odontología
	<input type="checkbox"/> Centro Vacunación	<input type="checkbox"/> Farmacia
	<input type="checkbox"/> Consultorio Médico	<input type="checkbox"/> Droguería
	<input type="checkbox"/> Investigación Biológica	<input type="checkbox"/> Veterinaria
	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Morgue
	<input type="checkbox"/> Pediatría	<input type="checkbox"/> Neonatología
	<input type="checkbox"/> Laboratorio	Especialidad: _____
	<input type="checkbox"/> Otro	Indicar: _____

Características Generales del Centro de Generación

Datos del Centro:

Cantidad de Quirófanos (si corresponde)

Nº de Camas (si corresponde)

mes Población promedio atendida mensual y anual
 año (valor estimado)

Vía de acceso al centro generador:

Asfalto

Ripio

Tierra, consolidado

4x4

Tipo y Cantidad de Residuos Generados
(conforme Ley 7.168 y Decretos 2.108/05 y 212/10)

<input type="checkbox"/>	Patogénicos / Infecciosos	<input type="text"/>	kgs/mes
<input type="checkbox"/>	Anatomo - Patológicos	<input type="text"/>	cajas/mes @ 5 kg/caja
<input type="checkbox"/>	Farmacéuticos	<input type="text"/>	kgs/mes
<input type="checkbox"/>	Citotóxicos	<input type="text"/>	cajas/mes @ 5 kg/caja
<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	kgs/mes
<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	cajas/mes @ 5 kg/caja

NOTA: Marcar con cruz el tipo de residuo que corresponde e indicar cantidades de cada tipo

Sector de Acopio Transitorio de Residuos en el Centro Generador

Características del sector de acopio transitorio de residuos:

Dimensiones Sector Acopio Transitorio

Cámara de frío (SI / NO)

Dimensiones Cámara de Frío (si corresponde)

Vía de acceso al sector de acopio transitorio de residuos:

Pasillo interno del centro asistencial

Pasillo externo / lateral

Escalera

Ascensor

Camino para tránsito vehicular interno

NOTA: Marcar con cruz el tipo de acceso desde la calle al sector de acopio (puede ser más de uno)

¿Existe un sector interno para estacionar el vehículo del servicio de recolección de este tipo de residuos? (SI / NO)

Días y horarios de atención del Centro de Generación

DÍA	<input type="checkbox"/>	Lunes	HORARIO	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	Martes		<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	Miércoles		<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	Jueves		<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	Viernes		<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	Sábado		<input type="text"/>

NOTA: Marcar con cruz los días e indicar los horarios de los mismos, en los que permanece abierto el Centro de Generación.

Observaciones / Comentarios:

En mi carácter de(titular, representante, etc) declaro haber recibido y tomado debido conocimiento del Anexo I -Condiciones de Prestacion del Servicio- y del Anexo III - Manual de Uso-

Confeccionó
(firma, aclaración y cargo)

Fecha

FORMULARIO CLIENTES

Razón Social

CUIT

Domicilio Legal
(válido para facturación)

(válido para facturación)

CALLE: _____ **N°:** _____
PISO: _____ **DEPTO:** _____
DISTRITO: _____
DEPARTAMENTO: _____
C.P.: _____

Responsable o Apoderado

(adjuntar documentación que acredite la personería)

APELLIDO: _____
NOMBRE: _____
CARGO: _____

Contacto Comercial
(nombre, apellido, teléfono y mail)

e-

APELLIDO: _____
NOMBRE: _____
TELEFONO: _____
E-MAIL: _____

Cantidad de Centros de Generación (pertencientes a esta razón social) en los que se prestará servicio

NOTA: se deberá presentar un formulario de establecimiento generador (las 2 hojas) por cada uno de los centros de generación vinculados a esta razón social.

Datos Impositivos

Impuesto a las Ganancias:

- Inscripto
 No Inscripto
 Exento

¿Es agente de retención? (SI / NO)

NOTA: en caso afirmativo adjuntar constancia

Impuesto al Valor Agregado (IVA):

- Responsable Inscripto
 Responsable Exento
 Consumidor Final
 Monotributista

¿Es agente de retención? (SI / NO)

NOTA: en caso afirmativo adjuntar constancia

NOTA: Se deberá adjuntar constancia de AFIP actualizada que acredite la situación

Ingresos Brutos:

- Contribuyente directo

¿Es pasible de retención / percepción? (SI / NO)

NOTA: en caso negativo adjuntar constancia

N° IIBB: _____

Es necesario aclarar que de no contar con la información solicitada, se practicarán todas las retenciones y percepciones que puedan corresponder. Tampoco serán tenidas en cuenta las exenciones y/o liberaciones que no se hallen debidamente documentadas.

Confeccionó

(firma, aclaración y cargo)

Fecha