



Formato N° 03

RELACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS

Nombre del Establecimiento de Salud:

Dirección:

Fecha:/...../.....

N°	Ambiente	Nombre del Equipo	Marca del Equipo	Modelo del Equipo	N° Código Patrimonial /Serie	Propio	
						Si	No

.....
Responsable de la Atención de Salud
DNI N°.....