



AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso.
Llénesse con letra de molde legible o a máquina.

1.- DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre completo de la persona física o moral propietaria del establecimiento

R.F.C.

				-															
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Calle y Número

Colonia o Localidad.

Delegación política o Municipio

Entidad Federativa

Código Postal

Teléfono (s)

Nombre del Representante Legal (Sólo sí el interesado no realiza el trámite)

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre o Razón Social

R.F.C.

				-															
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Calle y Número

Colonia o Localidad

Delegación política o Municipio

Entidad Federativa

Código Postal

Teléfono (s)

2.1.- TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Establecimiento donde se llevan a cabo actos de disposición de órganos, tejidos, sus componentes y células

☐

Establecimiento con banco de órganos, tejidos, sus componentes y células

☐

Establecimiento donde se llevan a cabo actos de disposición de cadáveres con fines de docencia y/o investigación

☐

3.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

Nombre completo

R.F.C.

				-															
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Calle y Número

Colonia o Localidad

Delegación política o Municipio

Entidad Federativa

Código Postal

Teléfono (s)

Profesión y/o Especialidad

4.-TIPO DE TRÁMITE.

Designación

☐

Renuncia

☐

Baja

☐

5.- DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE

Original de carta de designación, firmada por el propietario o director del establecimiento

☐

Título profesional

☐

Especialidad

☐

Cédula Profesional

☐

Currículo vitae

☐

Identificación oficial del propietario o del representante legal

☐

Lugar y Fecha

Firma del Propietario o Representante Legal

Firma del Responsable Sanitario

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO**

1.- DATOS DEL PROPIETARIO

- Anotar el nombre completo de la persona física o moral, propietaria del establecimiento.
- Anotar la clave del Registro Federal de Contribuyentes que corresponde al propietario.
- Anotar la calle, número, Colonia o Localidad, Delegación Política o Municipio, Entidad Federativa, Código Postal y Teléfono (s), sin abreviaturas.
- Anotar nombre del Representante Legal (Sólo sí el interesado no realiza el trámite).

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

- Anotar el nombre completo o Razón Social del establecimiento, sin utilizar nombre abreviado con el que se le conozca ejemplo: Hospital de Ginecobstetricia Nuestra Señora de la Luz.
- Anotar la clave del Registro Federal de Contribuyentes que corresponde al establecimiento.
- Anotar la calle, número, Colonia o Localidad, Delegación Política o Municipio, Entidad Federativa, Código Postal y Teléfono (s), sin abreviaturas.

2.1 – TIPO DE ESTABLECIMIENTO

- Marca con una X el tipo de establecimiento para el cual se realiza el trámite.

3.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

- Anotar el nombre completo del responsable sanitario.
- Anotar la calle, número, Colonia o Localidad, Delegación Política o Municipio, Entidad Federativa, Código Postal y Teléfono (s), sin abreviaturas.
- Anotar la Profesión y/o especialidad sin abreviaturas.

4.- TIPO DE TRÁMITE

- Marcar con una X el tipo de trámite que desee realizar.

5.- DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE

- Marcar con una X los documentos que se anexan.
- Anotar el lugar y la fecha en que se presenta el trámite.
- Firma autógrafa del propietario o representante legal y del responsable sanitario.

ESTE FORMATO ES DE LIBRE REPRODUCCIÓN, EN HOJA TAMAÑO CARTA.
LOS DOCUMENTOS NO DEBERÁN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS.
EL DOCUMENTO SE PRESENTA POR DUPLICADO PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE.