**NEUQUEN, ……. de ………………… de 20…..…**

**DECLARACION JURADA**

Por medio de la presente, dejo constancia que los profesionales Bioquímicos que a continuación se detallan, prestan servicios en mi/nuestro laboratorio en relación de dependencia/prestación de servicios (marcar con **x** según corresponda), mencionado en Disposición (colocar Nº).

**Entidad/ Profesional**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDO y NOMBRE** | **CUIL / CUIT** | **M.P** | **DEPEND.** | **P. SERV.** | **DISP. Nº** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma y Sello**

**La presente información se debe mantener actualizada, deberán informar cada vez que se produzca una ALTA ó BAJA de los profesionales que prestan servicio dentro de cada laboratorio.-**