



COLEGIO DE MICROBIÓLOGOS Y QUÍMICOS CLÍNICOS DE COSTA RICA

FISCALIA

Teléfonos: 2224-2602 • 2283-8014 ext. 108-109 Fax: 2281-1454 Mail: fiscalia@microbiologos.cr

SOLICITUD DE TRÁMITES PARA LABORATORIOS PUBLICOS

Fecha: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del Establecimiento (Laboratorio) _____

Código: _____

Dirección Exacta: _____

Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Otra señal: _____

Región a la que pertenece: _____ No. Teléfono (del Establecimiento) _____

_____ Fax: _____ Aparatado Postal: _____

E-mail: _____

Horario del Establecimiento: _____

Nombre Completo del Propietario del Establecimiento o Laboratorio:

Cédula Jurídica _____ Citas de Inscripción: Tomo: _____ Asiento: _____

Nº Teléfono: _____ Nº Fax: _____

TIPO DE TRÁMITE QUE SE SOLICITA

- Inscripción de Laboratorio o Establecimiento
- Renovación de Certificado de Regencia por vencimiento
- Renovación por cambio en la regencia o cambio de horario
- Traslado del Laboratorio o Establecimiento.
- Cambio de propietario del Laboratorio o Establecimiento.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

- Laboratorio Clínico **
- Banco de Sangre
- Laboratorio Clínico y Banco de Sangre
- Laboratorio de Investigación
- Laboratorio Industrial de Producción

PERSONAL MQC QUE LABORA

NOTA: Adjuntar listado de MQC (Anotar nombre completo, # de cédula, # colegiado, horario que presta el servicio de regencia. ¿Si labora para algún otro establecimiento público o privado, especifique cuál?, horario en que presta la regencia, y la firma.)

Regente 1)

Nombre Completo: _____

Número de Cédula de identidad: _____ Número de Código de Colegiado _____

Horario que presta el Servicio de Regente: _____

¿Labora para algún otro establecimiento público o privado? _____ si _____ no

Especifique cuál? _____

Horario que presta la Regencia: _____

Firma: _____

Regente 2)

Nombre Completo: _____

Número de Cédula de identidad: _____ Número de Código de Colegiado _____

Horario que presta el Servicio de Regente: _____

¿Labora para algún otro establecimiento público o privado? _____ si _____ no

Especifique cuál? _____

Horario que presta la Regencia: _____

Firma: _____

Regente 3)

Nombre Completo: _____

Número de Cédula de identidad: _____ Número de Código de Colegiado _____

Horario que presta el Servicio de Regente: _____

¿Labora para algún otro establecimiento público o privado? _____ si _____ no

Especifique cuál? _____

Horario que presta la Regencia: _____

Firma: _____

PERSONAL TECNICO

(Personal técnico y/o Auxiliares /no personal administrativo). Adjuntar lista del personal a cargo (Anotar nombre completo, # de cédula y # colegiado).

OBSERVACIONES MODIFICACIONES: _____

ANEXOS:

Opcional: Fotografías del Establecimiento o Laboratorio o del Centro Comercial

SEÑALO PARA NOTIFICACIONES

Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Por el medio antes señalado **recibiré mis notificaciones** para todo efecto; y acepto que debo mantener **ACTUALIZADOS** todos los datos ante la Fiscalía del Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica.

**Yo, _____, cédula de identidad número _____, en mi condición de (Propietario y/o Representante Legal) _____ del Laboratorio Clínico _____, por este medio manifiesto que comprendo las indicaciones y que la información, datos, documentos y declaraciones que incluyo con este Formulario son actuales, verdaderos, legítimos, auténticos, válidos, y eficaces; verificables en cualquier momento y por cualquier medio o forma por funcionarios de la Fiscalía del Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica. Además me comprometo a cumplir a cabalidad con lo establecido en la Ley General de Salud y leyes afines; así como a realizar los Exámenes Clínicos mínimos que al efecto ha establecido el Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica (acuerdo 9.9 de la Sesión de la Junta Directiva N° 43:2003-2004 de fecha 1 de marzo de 2004; Acuerdo N° 2 de Asamblea General Extraordinaria del Colegio N° 01:2004-2005 de fecha 13 de marzo del año 2004) y me comprometo a tener en mi Laboratorio los equipos y reactivos mínimos de Laboratorio Clínico (Lista aprobada en Junta Directiva, Acta 41:2003-2004; acuerdo 9.13). De la misma manera soy consciente, que en caso de incumplir dicha estipulación, me veré expuesto a posibles sanciones de parte de este Colegio.

Asimismo la Fiscalía podrá administrar y utilizar la información registrada en el Formulario según el trámite que se registra como estime necesario en la administración, organización, fiscalización, rectoría y gestión del ejercicio profesional de la función que se desarrolla en el Establecimiento o por el profesional directamente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como profesional en Microbiología manifiesto mi conocimiento y conformidad sobre el contenido integral del artículo 5 de la **Ley #8968 o Ley de Protección de la Persona Frente a sus Datos Personales.**

FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: _____

(Todo trámite deberá venir debidamente autenticado y con las formalidades de ley)

(PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO)

DOCUMENTOS QUE SE PRESENTAN A LA FISCALÍA (en caso necesario)

| <i>Documento</i> | <i>Marcar con X el documento presentado</i> | <i>Fecha</i> | <i>Número consecutivo asignado</i> |
|---|---|--------------|------------------------------------|
| Certificación de Personería jurídica Original y Vigente | | | |
| Constancia de certificación de horarios de otro sitio donde labore el regente | | | |
| Declaración Jurada protocolizada del horario de regencia (firmada y con los timbres de ley) | | | |
| Diagrama del local | | | |
| Lista de equipo del Laboratorio | | | |
| Papelería del Establecimiento | | | |

APROBADO SESIÓN: _____ EL DÍA _____ CÓDIGO _____

