

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
SUBPROGRAMA: SARS-CoV-2
GESTIÓN: 2021****1. INFORMACIÓN DEL LABORATORIO**

Nro. Registro SEDES:

Nro.NIT:

Nombre del Laboratorio:

Responsable del Laboratorio:

Representante Legal o Director del Hospital:

Departamento:

Provincia:

Localidad:

Dirección (Zona, Av/calle, Numero):

Nro. Teléfono:

Nro. Celular (WhatsApp):

Correo electrónico (1):

Correo electrónico (2):

Nota: Cualquier modificación a los datos proporcionados en el formulario de inscripción deberán ser notificados vía correo electrónico al PEEC INLASA de manera oportuna.

2. INSCRIPCIÓN A LOS SUBPROGRAMAS

Marque con una "X" el/los subprogramas/s en el/ los que desea participar.

☐

SARS CoV-2 por RT-qPCR (SP07-SC2-P1)

Como constancia de la conformidad de lo declarado en el presente formulario, firmamos al pie.

FIRMA DEL RESP. DE LABORATORIO

Nombre y Apellido:

Nro. C.I.:

Fecha de inscripción:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y Apellido:

Nro. C.I.:

3. REGISTRO PARA USO EXCLUSIVO DEL PEEC INLASA

Fecha de recepción:

Responsable de recepción: