**DATOS A LLENAR SOBRE EL ESTABLECIMIENTO GENERADOR**

|  |  |
| --- | --- |
| RAZÓN SOCIAL:        |        |
|  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE DE FANTASÍA:       |        |

**DOMICILIO DE RECOLECCIÓN Y POSICIONAMIENTO GEOGRÁFICO:**

|  |  |
| --- | --- |
| CALLE: |        |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| N°: |        | PISO: |        | DPTO.: |        | LATITUD: |        |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| LOCALIDAD: |   | C.P.: |        |  |  | LONGITUD: |        |

**Comentario adicional sobre el domicilio de recolección (En caso de corresponder):**

|  |  |
| --- | --- |
|  |        |

**TIPO DE RESIDUOS GENERADOS:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VACUNATORIO |   [ ]  |  | OBRA SOCIAL |  [ ]   |  | ESTETICA SPA |   [ ]  |
| CONSULTORIO |   [ ]  |  | VETERINARIA |   [ ]  |  | TATUADOR  |   [ ]  |
| HOSPITAL |   [ ]  |  | ENFERMERIA |   [ ]  |  | GINECOLOGIA |   [ ]  |
| CLINICA |   [ ]  |  | UROLOGIA |   [ ]  |  | PSIQUIATRIA |   [ ]  |
| CONS. ODONTOLÓGICO |   [ ]  |  | INYECTABLE |   [ ]  |  | CENTRO REHABILITACION |   [ ]  |
| CENTRO DE DIALISIS |   [ ]  |  | NEFROLOGICO |   [ ]  |  | TRAUMATOLOGIA |   [ ]  |
| CENTRO DE SALUD |   [ ]  |  | CLINICA S/ INTERNACION |   [ ]  |  | LAVADERO INDUSTRIAL |   [ ]  |
| POLICLINICA |   [ ]  |  | UNIDAD SANITARIA |   [ ]  |  | SAN. AMBIENTAL |   [ ]  |
| CLINICA C/ INTERNACION |   [ ]  |  | DERMATOLOGIA |   [ ]  |  | DROGUERIA |   [ ]  |
| CENTRO MEDICO |   [ ]  |  | FLEBOLOGIA |   [ ]  |  | INST. DISCAPACIDAD |   [ ]  |
| LABORATORIO |   [ ]  |  | GERIATRICO |   [ ]  |  | EMP. RECOLECCIÓN |   [ ]  |
| INS. HEMOTERAPIA |   [ ]  |  | ONCOLOGIA |   [ ]  |  | KINESIOLOGÍA  |   [ ]  |
| SERVICIOS DE URGENCIA |   [ ]  |  | EMPRESA AMBULATORIA |   [ ]  |  | FRACC. DE OXIGENO |   [ ]  |
| CONS. OFTALMOLÓGICO |   [ ]  |  | MORGUE |   [ ]  |  | MUTUAL  |   [ ]  |
| DIAG. POR IMAGEN |   [ ]  |  | MEDICINA LABORAL - ART |   [ ]  |  | OTRA - CUÁL? |  [ ]  |
| SANATORIO |   [ ]  |  | FARMACIA |   [ ]  |  |        |

**ENCARGADO DE LA GESTIÓN DE RESIDUOS:**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDO: |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  M@IL:     |       | TEL.: |        |

**ÁMBITO / DEPENDENCIA:**

PÚBLICO [ ]  PRIVADO [ ]

**TIPO DE RESIDUOS GENERADOS:**

PATOGÉNICOS [ ]  ANÁTOMO PATOGÉNICO [ ]  FARMACEÚTICO [ ]  CITOTÓXICOS [ ]

**DÍAS Y HORARIOS DE RECOLECCIÓN: (Favor de indicar con la mayor amplitud posible)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DÍA** | LUNES |  [ ]  |  | **HORARIO** (Ej.: DE 8 HS A 13 HS.) |        |
| MARTES |  [ ]  |  |        |
| MIÉRCOLES |  [ ]  |  |        |
| JUEVES |  [ ]  |  |        |
| VIERNES |  [ ]  |  |        |
| SÁBADO |  [ ]  |  |        |

**DATOS A LLENAR SOBRE EL CLIENTE**

**N° CUIT:**       **DEBE ADJUNTAR CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN**

**N° IIBB:**       **DEBE ADJUNTAR CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN**

**CONDICIÓN FRENTE AL IVA:**

RESPONSABLE INSCRIPTO [ ]  RESPONSABLE EXENTO [ ]  MONOTRIBUTISTA [ ]

**DOMICILIO LEGAL:**

|  |  |
| --- | --- |
| CALLE: |        |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| N°: |        | PISO: |        | DPTO.: |        |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| LOCALIDAD: |   | C.P.: |        |  |  |  |  |

**TITULAR O APODERADO**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDO: |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  M@IL:     |       | TEL.: |        |

 **“**EN EL CASO DE PERSONAS JURÍDICAS DEBEN ADJUNTAR COPIA DEL ESTATUTO Y/O PODER NOTARIAL DONDE ACREDITE QUE EL TITULAR O APODERADO INDICADO EN ESTE PUNTO TIENE PODER SUFICIENTE PARA TAL ACTO:”

**ENCARGADO DE GESTIÓN COMERCIAL - ES A QUIEN TYSA SE DIRIGE PARA EL ENVÍO DE FACTURAS POR MAIL Y GESTIÓN DE COBRANZA.**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDO: |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  M@IL:     |       | TEL.: |        |