

CERTIFICACIÓN DE CENTROS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES



Solicitud de Presupuesto

El siguiente formulario se encuentra destinado para la recopilación de datos que permitirán evaluar tiempos y actividades para el proceso en Gestión de la Calidad.

Si su organización posee varias sedes, por favor complete 1 formulario por sede.

1. Datos de la Organización / Contacto:

Nombre de la Organización: _____
Nombre de la Sede: _____
Dirección de la Sede: _____
Teléfonos / Persona de Contacto / E-Mail: _____

2. Datos Específicos:

Alcance de la Certificación:

a) Indique con una **X** o ☐ cuáles son los servicios que se desean certificar:

Mamografía: ☐ Ecografía mamaria: ☐ Intervencionismo mamario: ☐

Radiología : ☐ Estudios contrastados / fluoroscopia (seriógrafo): ☐

Tomografía Computada: ☐ Resonancia Magnética Nuclear: ☐

PET / PET-CT / SPECT (con cuarto caliente): ☐ Densitometría Ósea: ☐

Radiología Dental Periapical: ☐ Radiología Panorámica: ☐

Ecografía general: ☐

Otros servicios o aclaraciones: _____

b) Indique la cantidad de equipos que se alcanzan en la certificación:

Mamógrafos: _____ Ecógrafos: _____ Tomógrafos: _____ Resonadores: _____

Equipos de RX: _____ Seriógrafos: _____ PET: _____ SPECT: _____

RX Periapical: _____ RX Panorámica: _____

Envíe esta planilla a juan@faardit.org.ar. Nos pondremos en contacto con Uds a la brevedad para enviar el presupuesto correspondiente.