

Fecha _____ / _____ / _____

REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN O REINSCRIPCIÓN PARA ASOCIACIONES que representen a profesionales del arte de curar o establecimientos asistenciales - ANEXO III

COMPLETAR EL FORMULARIO CON LETRA DE IMPRENTA MAYÚSCULA LEGIBLE, PC U OTRO MEDIO TIPOGRÁFICO

DATOS DE LA ENTIDAD

Denominación _____

Entidad _____ CUIT _____

DOMICILIO LEGAL

Calle _____ Número _____ Piso _____ Dpto _____

Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Apellido/s _____ Nombre/s _____

Documento DNI CI LC LC Número _____ CUIT _____

Este formulario tiene carácter de declaración jurada, por lo tanto los datos consignados en él son responsabilidad de quien lo suscribe.

FIRMA Y SELLO