

Fecha _____ / _____ / _____

REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS DE INTERNACIÓN Y AMBULATORIO ANEXO I

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

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Denominación según habilitación del Ministerio de Salud

Propiedad de _____

Entidad _____ C.U.I.T. _____

DOMICILIO LEGAL

Calle _____ Número _____ Piso _____ Dpto _____

Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

DATOS DEL DIRECTOR MÉDICO

Apellido/s _____ Nombre/s _____

Matrícula nacional N° _____ Matrícula provincial N° _____

Profesión _____ Especialidad _____

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

FIRMA Y SELLO