

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## **REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES**

### **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA REDES DE PRESTADORES**

#### **ANEXO IV**

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

#### **DATOS DE LA RED**

Denominación \_\_\_\_\_  
Razón Social \_\_\_\_\_  
Domicilio legal \_\_\_\_\_

#### **DATOS DE LA CABECERA DE RED**

Denominación \_\_\_\_\_  
N° de inscripción en el Registro \_\_\_\_\_ C.U.I.T. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Num \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Num \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA RED**

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
Documento  DNI  CI  LC Número \_\_\_\_\_ C.U.I.T. \_\_\_\_\_  
Especialidad \_\_\_\_\_

Manifiesto que conozco y acepto la normativa que en materia de contrataciones, información a los beneficiarios e información estadística deben observar las Obras Sociales incluidas en las Leyes 23.660 y 23.661.

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

**FIRMA Y SELLO**