

Fecha / /

REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA EMPRESAS DE EMERGENCIAS MÉDICAS Y TRASLADOS SANITARIOS - ANEXO V

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

DATOS DE LA EMPRESA

Denominación _____

Razón Social _____ C.U.I.T. _____

Actividad y/o servicios _____

Ámbito de actuación _____

Número de habilitación

Nacional _____ Provincial _____ Municipal _____ Salud Pública _____

DOMICILIO LEGAL

Calle _____ Número _____ Piso _____ Dpto _____

Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

DATOS DEL DIRECTOR MÉDICO

Apellido/s _____ Nombre/s _____

Matricula Nacional N° _____ Matricula Provincial N° _____

Profesión _____ Especialidad _____

N° del certificado emitido por el Registro Nacional de Prestadores _____

TIPO DE UNIDADES MÓVILES		CANTIDAD DE MÓVILES
Alta complejidad	Propios	
	Contratados	
Mediana complejidad	Propios	
	Contratados	
Simple movilización	Propios	
	Contratados	

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

FIRMA Y SELLO