

Fecha _____ / _____ / _____

REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD - ANEXO VI

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 _____
Entidad _____ CUIT _____

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