

N° de expediente de comunicación _____

A	B	M

CAMBIO DE RAZON SOCIAL

VIGENCIA ____ / ____ / ____

<input type="checkbox"/> Accord 310	<input type="checkbox"/> AC211	<input type="checkbox"/> Platino/Oslera Paltino	<input type="checkbox"/> Accord Azul	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Monotributo/ Servicio Dom.
<input type="checkbox"/> Accord 210	<input type="checkbox"/> AC101	<input type="checkbox"/> Dorado/Oslera Dorado	<input type="checkbox"/> Accord Verde	<input type="checkbox"/> PMO	<input type="checkbox"/> UP10
<input type="checkbox"/> Accord 110	<input type="checkbox"/> AC102	<input type="checkbox"/> Oslera	<input type="checkbox"/> Classic	<input type="checkbox"/> PMO Monotributo	<input type="checkbox"/>

Datos del Proveedor / Prestador

Razón social / Apellido y nombre: _____

N°CUIT: _____ Matricula: _____ Especialidad: _____

Dirección Particular: _____ C.Postal: _____

e-mail: _____ Tel.Celular: _____ Tel. Particular: _____

Clasificación del rubro al que se dedica: _____

Datos Bancarios e Impositivos

Cuenta bancaria: _____

Titular de la cuenta: _____

Tipo de cuenta:	<input type="checkbox"/> Caja de ahorro N°
	<input type="checkbox"/> Cuenta corriente N°

C.B.U.: _____

Condición IVA: _____ Numero de INGRESOS BRUTOS: _____

IMPUESTO A LAS GANANCIAS: Gravado Exento (adjuntar certificado)

Cheques a la orden de: _____

Firma Prestador

Aclaración

Fecha

Sr. Prestador deberá adjuntar fotocopia de:

<input type="checkbox"/>	- TITULO MEDICO	<input type="checkbox"/>	- Copia de los estatutos sociales con la constancia de inscripción en el registro público (para sociedades)
<input type="checkbox"/>	- TITULO ESPECIALISTA	<input type="checkbox"/>	- Acta de asamblea y directorio con designación de autoridades y cargos (para asociaciones)
<input type="checkbox"/>	- Habilitación consultorios o institución	<input type="checkbox"/>	- Copia de los poderes generales de administración del firmante (para sociedades)
<input checked="" type="checkbox"/>	- Inscripción en AFIP	<input type="checkbox"/>	- N° de prestador ante la SSS
<input checked="" type="checkbox"/>	- Inscripción Ingresos Brutos	<input type="checkbox"/>	- Seguro de Mala Praxis vigente personal y/o institucional

MOTIVO DE ABM*: _____

OBSERVACIONES:DISCAPACIDAD

<input type="checkbox"/>	Cartilla	<input type="checkbox"/>	Manupres	<input type="checkbox"/>	Única vez	<input type="checkbox"/>	Proveedor	<input type="checkbox"/>	NFC	<input type="checkbox"/>	Alta administrativa
Fecha y Firma				Fecha y Firma				Fecha y Firma			
Gcia. Salud				Gcia. Atención Personalizada				Gcia. Administración			
Coord Administrativa				Presidencia				Jurídicos			
Administración				Cartilla				Centro Autorizador			

* Este campo debe ser completado en TODOS los casos sin excepción.