

									
REGISTRO DE PROFESIONALES E INSTITUCIONES MÉDICAS									
PROVEEDOR N°:				FECHA SOLICITUD:					
PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>	INSTITUCION	<input type="checkbox"/>	ALTA	<input type="checkbox"/>	MODIFICACION	<input type="checkbox"/>	BAJA	<input type="checkbox"/>
NOMBRE / RAZÓN SOCIAL									
CUIT N°									
DOMICILIO				COD. POSTAL					
EMAIL									
CELULAR				TELEFONO					
ESPECIALIDAD				MODALIDAD					
DATOS BANCARIOS:									
TITULAR DE LA CUENTA:									
BANCO:									
TIPO CUENTA (CC/CA)				NRO CUENTA:					
CBU:									
DATOS IMPOSITIVOS:									
CONDICION IVA:				GANANCIAS:					
INGRESOS BRUTOS:				MONOTRIBUTO:					
<p>LA PRESENTE REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. LA MISMA PODRÁ SER REMITIDA VIA MAIL ESCANEADA CON LA CORRESPONDIENTE FIRMA. PROFESIONALES DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR : TITULO DE MEDICO Y ESPECIALISTA. CONSTANCIA DE INSCRIPCION EN AFIP E INGRESOS BRUTOS, CONSTANCIA BANCARIA DEL CBU, N° DE PRESTADOR ANTE LA SSS, SEGURO DE MALA PRAXIS, HABILITACIÓN CONSULTORIO O INSTITUCIÓN. INSTITUCIONES DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR: CONSTANCIA DE INSCRIPCION EN AFIP E INGRESOS BRUTOS, CONSTANCIA BANCARIA DEL CBU, N° DE PRESTADOR ANTE LA SSS, HABILITACIÓN DE LA INSTITUCIÓN, COPIA DE ESTATUTOS SOCIALES CON LA CONSTANCIA DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO PÚBLICO, ACTA DE ASAMBLEA Y DIRECTORIO CON DESIGNACIÓN DE AUTORIDADES Y CARGOS, COPIA PARA PODERES GENERALES DE ADMINISTRACIÓN DEL FIRMANTE. CUALQUIER CAMBIO DEBERÁ SER NOTIFICADO A LA GERENCIA MEDICA A FIN DE MANTENER ACTUALIZADO EL LEGAJO. COMPLETAR DIGITALMENTE LA PRESENTE PLANILLA.</p>									
----- FIRMA PROVEEDOR				ACLARACIÓN					
PARA USO INTERNO DE UNION PERSONAL				AGRUPACIÓN:					
SOLICITANTE DE LA PRESENTE									
NOMBRE Y APELLIDO				SECTOR / G		ERENCIA:			
MOTIVO DE LA SOLICITUD:									
PLANES:									
310	210	110	AC211	AC101	420	220	<input type="checkbox"/>		
PLATINO	DORADO	VERDE	AZUL	AC102	320	150	<input type="checkbox"/>		
CLASSIC	<input type="checkbox"/>	FAMILIAR	<input type="checkbox"/>	UP10	<input type="checkbox"/>	PMO	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	MONOTRIBUTO	<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
CONSULTORIO O LUGAR DE ATENCIÓN 1									
Domicilio				N°		Piso	Dpto.		
Codigo Postal:		Localidad		Provincia					
Teléfonos									
Días y horarios de atención:									
CONSULTORIO O LUGAR DE ATENCIÓN 2									
Domicilio				N°		Piso	Dpto.		
Codigo Postal:		Localidad		Provincia					
Teléfonos									
Días y horarios de atención:									
----- SOLICITANTE				GERENCIA MEDICA		PRESIDENCIA			
PARA USO INTERNO DE TESORERIA: -----									
FECHA DE CARGA EN EL SISTEMA									
OPERADOR DE CARGA:									