

INSCRIPCION PRESTADOR DIRECTO - PROFESIONAL

Lugar y fecha:

Al
Directorio del In.S.S.Se.P. - Chaco
S/D

Por la presente solicito mi incorporación como Prestador Directo al
padrón de profesionales del InSSSeP.

DATOS PERSONALES	
NOMBRE Y APELLIDO	
FECHA DE NACIMIENTO:	CIUDAD Y PROVINCIA
NACIONALIDAD:	TIPO Y N° DE DOCUMENTO:
PADRE (Apellido y Nombre)	VIVE
MADRE (Apellido y Nombre)	VIVE
ESTADO CIVIL:	LUGAR Y FECHA:
CONYUGE (Apellido y Nombre)	
FECHA DE NACIMIENTO:	CIUDAD Y PROVINCIA
NACIONALIDAD:	TIPO Y N° DE DOCUMENTO:
DOMICILIO PARTICULAR	LOCALIDAD – PROVINCIA
TELEFONO DOMICILIO:	TELEFONO MOVIL:
E-MAIL:	

DATOS PROFESIONALES		
TITULO PROFESIONAL:	UNIVERSIDAD:	
FECHA DE EGRESO:	FECHA DE TITULO:	
ESPECIALIDAD:	EXPEDIDO POR:	FECHA:
ESPECIALIDAD:	EXPEDIDO POR:	FECHA:
TITULO PROFESIONAL	MATRICULA NACIONAL:	REG. PROVEEDORES
Cuenta caja de ahorro banco:	CBU N°	
Resolución de habilitación del Ministerio de Salud:		
Decion. de Fisc. Sanitaria:	Disp. habilit. municipal:	
ATP- DGR:	AFIP/CUIT N°	
DOMICILIO CONSULTORIO	LOCALIDAD PROVINCIA	
Ubicación del Consultorio:	Privado	Compartido
	Entidad	

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

.....
Firma y aclaración de puño y letra
del Responsable

DOCUMENTACIONES A PRESENTAR

- 1. Fotocopias de 1ra y 2da hoja del documento; de los integrantes de la entidad. Actualizado (*)
- 2. Fotocopia del título profesional, doble/faz certificado. (*)
- 3. Fotocopia del título de la especialidad. (*)
- 4. Fotocopia de la resolución ministerial de la especialidad. (*)
- 5. Constancia original de Matrícula Provincial y de Sanciones Disciplinarias y antecedentes expedida por Fiscalización Sanitaria Actualizada.
- 6. Constancia inscripción en el Mrio. de Salud.(*)
- 7. Fotocopia/impresión simple de inscripciones: DGI – AFIP - ATP.
- 8. Constancia inscripción en el Registro de Proveedores del Estado.
- 9. Fotocopia contrato de locación o título de propiedad o comodato, del inmueble. (*)
- 10. Fotocopia Póliza de Seguros, actualizado (Mala Praxis) - Vigente.
- 11. Fotocopia Constancia de bomberos. (*)
- 12. Fotocopia Certificada de cursos – Odontólogos
- 13. Fotocopia de Habilitaciones del consultorio (Si es propio) (*)

(*) Fotocopia Certificada por Escribano o Juzgado de Paz

Observaciones:.....
.....
.....-