

Formulario de inscripción del profesional prestador de obras sociales

Fecha:		
Apellido y Nombres:		MP N°:
Domicilio laboral:	N°:	Barrio:
Localidad:	Mail:	
Teléfono laboral:	Celular:	
Banco:	Sucursal:	
Tipo cuenta:		
N° Cuenta: (Copia de constancia entregada en banco)	CBU:	
CUIT N°:		
Adjuntar constancia actual de inscripción AFIP que declare condición tributaria frente al IVA		
N° Póliza Seguro Responsabilidad Civil: (Copia de póliza de Seguro de responsabilidad Civil)		
N° Inscripción RNP: (Copia de inscripción en Registro Nacional de Prestadores)		
Adjunta Copia de habilitación de consultorio	Si	No

Declaro conocer y aceptar el Reglamento de beneficiarios de obras sociales, mutuales, entidades de medicina prepaga. Padrón de prestadores".

Firma del profesional:

Firma Secretaria Recepción:

Fecha recepción: