

							
<b>REGISTRO DE PROFESIONALES E INSTITUCIONES MÉDICAS</b>							
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 / RAZON SOCIAL							
CUIT N°							
DOMICILIO				COD. POSTAL			
EMAIL							
CELULAR				TELEFONO			
ESPECIALIDAD				MODALIDAD			
<b>DATOS BANCARIOS:</b>							
TITULAR DE LA CUENTA:							
BANCO:							
TIPO CUENTA (CC/CA)				NRO CUENTA:			
CBU:							
<b>DATOS IMPOSITIVOS:</b>							
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. <b>PROFESIONALES DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR</b> : 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. <b>INSTITUCIONES DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR</b>: 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. <b>CUALQUIER CAMBIO DEBERÁ SER NOTIFICADO A LA GERENCIA MEDICA A FIN DE MANTENER ACTUALIZADO EL LEGAJO. COMPLETAR DIGITALMENTE LA PRESENTE PLANILLA.</b></p>							
FIRMA PROVEEDOR				ACLARACIÓN			
<b>PARA USO INTERNO DE UNION PERSONAL</b>				AGRUPACIÓN:			
<b>SOLICITANTE DE LA PRESENTE</b>							
NOMBRE Y APELLIDO				SECTOR / G		ERENCIA:	
MOTIVO DE LA SOLICITUD:							
<b>PLANES:</b>							
310 PLATINO		210 DORADO		110 VERDE		AC21 1 AZUL	AC101 AC102
420		220		320		150	
CLASSIC <input type="checkbox"/>		FAMILIAR <input type="checkbox"/>		UP10 <input type="checkbox"/>		PMO <input type="checkbox"/>	MONOTRIBUTO <input type="checkbox"/>
<b>CONSULTORIO O LUGAR DE ATENCIÓN 1</b>							
Domicilio				N°		Piso	Dpto.
Codigo Postal:		Localidad		Provincia			
Teléfonos							
Días y horarios de atención:							
<b>CONSULTORIO O LUGAR DE ATENCIÓN 2</b>							
Domicilio				N°		Piso	Dpto.
Codigo Postal:		Localidad		Provincia			
Teléfonos							
Días y horarios de atención:							
SOLICITANTE		GERENCIA MEDICA			PRESIDENCIA		
<b>PARA USO INTERNO DE TESORERIA:</b>							
FECHA DE CARGA EN EL SISTEMA							
OPERADOR DE CARGA:							