

Fecha _____ / _____ / _____

REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS DE INTERNACIÓN Y AMBULATORIO ANEXO I

COMPLETAR EL FORMULARIO CON LETRA DE IMPRENTA MAYÚSCULA LEGIBLE, PC U OTRO MEDIO
TIPOGRÁFICO

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Denominación según habilitación del Ministerio de Salud

Propiedad de _____

Entidad _____ C.U.I.T. _____

DOMICILIO LEGAL

Calle _____ Número _____ Piso _____ Dpto _____

Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

DATOS DEL DIRECTOR MÉDICO

Apellido/s _____ Nombre/s _____

Matrícula nacional N° _____ Matrícula provincial N° _____

Profesión _____ Especialidad _____

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

FIRMA Y SELLO

REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES

REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE INTERNACIÓN Y AMBULATORIO - ANEXO I

1.- Solicitud de inscripción suscripta por el director médico o representante legal, quien deberá acreditar personería; con firma autenticada por escribano público o entidad bancaria, en carácter de declaración jurada.

En caso de presentaciones con firma certificada por Representante legal, se deberá agregar copia certificada por escribano público, del poder amplio, o acto administrativo, con la designación del mismo.

2.- Fotocopia de la habilitación otorgada por la autoridad sanitaria jurisdiccional, autenticada por el organismo emisor o escribano público, La misma debe indicar, la persona física o razón social titular de la explotación, incluyendo su Nro. de CUIT; y el Director médico o técnico, quien deberá poseer inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores, Sector de Profesionales, vigente.

Para el caso que el establecimiento cuente con Laboratorio de Análisis Clínicos, deberá presentar la habilitación correspondiente al mismo, según la jurisdicción, en copia certificada, por escribano público. Si el establecimiento presta Servicios de Rayos X, Tomografía, Mamografía o Resonancia, deberá agregarse las habilitaciones radiofísicas, y en los casos de Medicina Nuclear y Teleterapia, el Permiso de la Autoridad Regulatoria Nuclear a favor del establecimiento y el Permiso Individual del responsable del uso de los equipos.

3.- Copia simple del certificado de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores, Sector Profesionales, del Director Médico/Técnico declarado en el Anexo I, que debe coincidir con el enunciado como tal, en la Habilitación Sanitaria Jurisdiccional.

El profesional debe tener inscripta, en nuestro Registro Nacional de Prestadores, Sector Profesionales, la matrícula correspondiente a la jurisdicción del establecimiento que peticona su inscripción.

4.- Copia simple de la Constancia de inscripción ante la AFIP, de la Razón Social propietaria del establecimiento, que peticona la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.