



**SUPERINTENDENCIA  
DE SERVICIOS DE SALUD**



TODOS LOS TRÁMITES EN LA SUPERINTENDENCIA  
DE SERVICIOS DE SALUD SON GRATUITOS.

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



**SUPERINTENDENCIA  
DE SERVICIOS DE SALUD**



TODOS LOS TRÁMITES EN LA SUPERINTENDENCIA  
DE SERVICIOS DE SALUD SON GRATUITOS.

# Registro Nacional de Prestadores

## **REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS de internación y ambulatorio - ANEXO I**

1. Solicitud de inscripción. El formulario debe estar firmado por el director médico o representante legal con firma certificada por escribano público o certificación bancaria, en concepto de declaración jurada.
2. Fotocopia autenticada de la habilitación otorgada por la autoridad sanitaria jurisdiccional. Si correspondiere se debe adjuntar fotocopia autenticada de la Habilitación Radiofísica Sanitaria jurisdiccional donde consten los responsables de uso de los mismos, habilitación del laboratorio y permisos institucionales e individuales otorgados por la Comisión Nacional de Energía Atómica para el uso de isótopos radioactivos).