



Fecha / /

Registro Nacional de Prestadores

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA EMPRESAS DE EMERGENCIAS MÉDICAS Y TRASLADOS SANITARIOS - ANEXO V

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

DATOS DE LA EMPRESA

Denominación _____
Razón Social _____ C.U.I.T. _____
Actividad y/o servicios _____
Ámbito de actuación _____
Número de habilitación
Nacional _____ Provincial _____ Municipal _____ Salud Pública _____

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 _____
N° del certificado emitido por el Registro Nacional de Prestadores _____

TIPO DE UNIDADES MÓVILES		CANTIDAD DE MÓVILES
Alta complejidad	Propios	
	Contratados	
Mediana complejidad	Propios	
	Contratados	
Simple movilización	Propios	
	Contratados	

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 EMPRESAS DE EMERGENCIAS MÉDICAS Y TRASLADOS SANITARIOS - ANEXO V

1. Solicitud de inscripción (el formulario de inscripción 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. Planilla correspondiente ANEXO V.
3. Fotocopia autenticada de la habilitación sanitaria jurisdiccional. (En la misma debe especificar los móviles con los que cuenta la empresa).