



REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES

Solicitud de inscripción de empresas de **Emergencias Médicas** y traslados sanitarios, (Resolución N° 119/99 - ANEXO V SSSalud).

Completar el formulario con LETRA DE IMPRENTA MAYUSCULA LEGIBLE, PC, U OTRO MEDIO TIPOGRAFICO.

Denominación: _____

Razón social: _____

Domicilio legal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

CP: _____ C.U.I.T.: _____ - _____ - _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Actividad y/o servicios que desarrolla: _____

Ambito de actuación: _____

N° de habilitación

Nacional: _____

Provincial: _____

Municipal: _____

Salud pública: _____

Director Médico

Apellido y Nombre: _____

Profesión: _____

Especialidad: _____

Matricula Nacional N°: _____ Matricula Provincial N°: _____

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



REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES

Solicitud de inscripción de empresas de **Emergencias Médicas** y traslados sanitarios, (**Resolución N° 119/99 - ANEXO V SSSalud**).

Por favor completar en los espacios punteados.

TIPO DE UNIDADES MOVILES		CANTIDAD DE MOVILES
ALTA COMPLEJIDAD	PROPIOS
	CONTRATADOS
MEDIANA COMPLEJIDAD	PROPIOS
	CONTRATADOS
SIMPLE MOVILIZACION	PROPIOS
	CONTRATADOS
	

Firma y Sello