



Ministerio de Salud y Ambiente



SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD

REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES

Solicitud de inscripción para

ESTABLECIMIENTOS (Resolución N° 119/00 SSSalud.)

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

Denominación del Establecimiento: **(escribir el nombre o denominación conforme a la habilitación del Ministerio de Salud.)**

Domicilio legal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

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

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Director Médico

Apellido y Nombre: _____

Profesión: _____

Especialidad: _____

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

Firma y Sello