



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).