



**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 DE prestadores de servicios de ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD - ANEXO VI

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 prestadores de servicios de ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD - ANEXO VI

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. Fotocopia autenticada de la habilitación otorgada por la autoridad sanitaria jurisdiccional. Debe contener los datos del director médico y consignar al propietario del establecimiento.
3. Fotocopia autenticada de la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Favor de Personas con Discapacidad (categorización y cupo).