

Ficha Prestador Médico CENESA S.A.



Fecha:

Datos personales:

Apellido y Nombre:

Tipo y N° de Documento:

Teléfono Celular:

Tel. Fijo:

Email:

Domicilio:

Datos profesionales:

Especialidad:

Matricula Provincial:

Matricula Nacional:

Seg. de Mala Praxis ☐ Circulo Médico
☒ Otro

Póliza N°:

Fecha de Vencimiento:

Datos para facturación y liquidación de prestaciones

CUIT/CUIL:

C.B.U.:

ALIAS CBU:

Entidad Bancaria:

I.V.A.: ☒ Exento ☐ Resp. Inscripto
☐ Monotributo

Cond. Ganancias: ☐ Exento ☐ Resp. Inscripto
☒ No Inscripto ☐ Monotributo

Ingresos Brutos ☐ Exento ☐ No Inscripto ☒ Inscripto
☐ Convenio Multilateral N°

Detalle a continuación las Obras Sociales / ART de las cuales NO es prestador directo y deben ser facturadas por CENESA:

Prestador NO directo de:

Condiciones y reglas de usuario:

- ☐ Declaro que los datos aquí presentados están completos y son exactos.
- ☐ Por la presente solicito que se me asigne un usuario de ingreso al sistema, siendo responsable sobre el uso del mismo.

Firma y sello

Por Consultas sobre el Sistema comunicarse al Sector de Informática. (Int. 111).

Por Consultas de Facturación, Liquidación y pagos al Sector Tesorería (Int. 214).