

Formulario de Ingreso de Prestadores



Razón Social: _____

Nombre: _____

N° de CUIT: _____

N° de Registro Nacional del Prestador: _____ Vencimiento: ____ / ____ / ____

Tipo de Prestador: ☐ Círculo o Federación

☐ Institución

☐ Profesional. Especialidad: _____

Matrícula Nacional: _____

Matrícula Provincial: _____

Domicilio Particular / Legal: _____

Código Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Mail: _____

Domicilio Profesional 1: _____

Código postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Mail: _____

Domicilio Profesional 2: _____

Código postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Mail: _____

Banco: _____

Tipo de Cuenta: _____

CBU: _____

Firma del Prestador

Aclaración / Sello