

PRESTADOR PROFESIONAL

NOMBRE Y APELLIDO					
CUIT					
ESPECIALIDAD					
Nº MATRÍCULA Ministerio de Salud de la Provincia					
Domicilios donde presta servicios				Tel	
				Tel	
				Tel	
				Tel	
				Tel	
Domicilio particular				Tel	
E-mail					
Nº Póliza de seguro		Compañía		Fecha Vto.	
CBU					

Forma de Facturar: ☐ Directa a DOSEP ☐ A través de institución:

Prácticas y/o prestaciones que realiza:

Equipamiento que posee:

Característica de los equipos:

Declaro que los datos consignados precedentemente son fehacientes, que comunicaré en forma inmediata cualquier modificación de los mismos y acompañaré oportunamente toda la documentación que sea requerida a fin de acreditarlos. Asimismo declaro conocer la normativa de DOSEP, asumiendo el compromiso de brindar mis servicios médico-asistenciales dentro del marco de la misma y toda otra que resulte de aplicación.

San Luis, de de

.....
Firma y sello