

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 _____

Matricula Nacional N° _____ Matricula 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

REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES

REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN DE EMPRESAS DE EMERGENCIAS MÉDICAS Y TRASLADOS SANITARIOS - ANEXO V

- 1.- Solicitud de inscripción (Anexo V), suscripta por el director médico o representante legal, con firma certificada por escribano público o entidad bancaria, en carácter de declaración jurada.
Se deberá acreditar personería del firmante mediante habilitación sanitaria, poder amplio, o acto administrativo, con la designación del mismo, con firma certificada por escribano público.
- 2.- Fotocopia de la habilitación otorgada por la autoridad sanitaria jurisdiccional, certificada por escribano público, La misma debe indicar, la persona física o razón social titular de la explotación, incluyendo su Nro. de CUIT; y el Director médico o técnico, quien deberá poseer inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores, Sector de Profesionales, vigente.
La misma debe especificar la cantidad de móviles con los que cuenta la empresa, con detalle de marca, modelo y patente de los mismos.
Como también, al Director Médico / Técnico del establecimiento.
- 3.- Fotocopia certificada por escribano público, del Estatuto o Contrato Constitutivo, o Decreto/Ley de creación, de la Razón Social que petitiona la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.
En el mismo se debe detallar el ámbito de actuación de la empresa, y su capacidad de contratar con Agentes del Seguro de Salud.
- 4.- Copia simple del certificado de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores, Sector Profesionales, del Director Médico/Técnico declarado en el Anexo V, que debe coincidir con el enunciado como tal, en la Habilitación Sanitaria Jurisdiccional.
El profesional debe tener inscripta, en nuestro Registro Nacional de Prestadores, Sector Profesionales, la matrícula correspondiente a la jurisdicción del establecimiento que petitiona su inscripción, vigente.
- 5.- Copia simple de la Constancia de inscripción ante la AFIP, actualizada, de la Razón Social que petitiona la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.