

Registro Nacional de Prestadores

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN O REINSCRIPCIÓN PARA PROFESIONALES

COMPLETAR EL FORMULARIO CON LETRA DE IMPRENTA MAYÚSCULA LEGIBLE, PC U OTRO MEDIO TIPOGRÁFICO

INSCRIPCIÓN

REINSCRIPCIÓN

Nº de certificado anterior

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido/s _____ Nombre/s _____

Documento DNI CI LC Número _____ CUIT CUIL Número _____

MATRÍCULA

Nacional Nº _____ Provincial Nº _____ Provincia _____

Profesión: _____ Especialidad: _____

DOMICILIO PARTICULAR

Calle _____ Número _____ Piso _____ Dpto _____

Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

Cualquier persona podrá gestionar la tramitación del certificado y retirar el mismo en los horarios indicados, con autorización por escrito en original suscripta por el profesional, en la que se consigne apellido, nombre y D.N.I. del autorizado.

Este formulario tiene carácter de declaración jurada, por lo tanto los datos consignados en él son responsabilidad de quien lo suscribe.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

