



REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

(El presente formulario posee carácter de declaración jurada.)

Fecha de llenado: / /20..... Registración: Actualización de Datos: Código Asignado:

EMPRESAS DE MEDICINA PRE-PAGA

Entidad Privada	<input type="checkbox"/>	GENERAL	<input type="checkbox"/>	OFTALMOLÓGICA	<input type="checkbox"/>
Entidad Mixta	<input type="checkbox"/>	ODONTOLÓGICA	<input type="checkbox"/>	PRE-HOSPITALARIA	<input type="checkbox"/>
		OTROS:	<input type="checkbox"/>	Especificar: _____	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud

Propietario:

Departamento:

Ciudad:

Barrio/Distrito/Compañía.

Dirección:

Números Telefónicos

Telefax:

R.U.C.

1)

2)

Correo Electrónico:

Pág. Web:

NATURALEZA JURÍDICA DEL PROPIETARIO

UNIPERSONAL	<input type="checkbox"/>	S.R.L	<input type="checkbox"/>	FUNDACIÓN:	<input type="checkbox"/>
EMPRESA INDIV. DE RESP. LTDA.	<input type="checkbox"/>	S.A.	<input type="checkbox"/>	COOPERATIVA:	<input type="checkbox"/>
SOCIEDAD CIVIL SIMPLE	<input type="checkbox"/>	ASOCIACIÓN	<input type="checkbox"/>	OTROS:	<input type="checkbox"/>
Especificar: _____					

AUTORIDADES Y/O DIRECTIVOS.

PRESIDENTE/A:

C.I. N°	Telef. Móvil N°	E-mail:
---------	-----------------	---------

REPRESENTANTE LEGAL:

C.I. N°	Telef. Móvil N°	E-mail:
---------	-----------------	---------

GERENTE GENERAL:

C.I. N°	Telef. Móvil N°	E-mail:
---------	-----------------	---------

REGENTE MÉDICO

C.I. N°	Telef. Móvil N°	E-mail:
---------	-----------------	---------

Observaciones u Comentarios.

Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud

Datos Aportados Por:

Firma:

Cargo:
