



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. | | |
| Datos Aportados Por: | | Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud |
| Firma: | | |
| Cargo: | | |