SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD

TODOS LOS TRÁMITES EN LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD SON GRATUITOS

REFEPS																

Fecha ____ / ____ / ____

REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN / REINSCRIPCIÓN / OTROS TRÁMITES PARA PROFESIONALES

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

☐ **INSCRIPCIÓN** ☐ **REINSCRIPCIÓN** ☐ **INCORPORACIÓN MATRICULA/CARRERA** ☐ **SOLICITUD DE COPIA DE CERTIFICADO**

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido/s _____ Nombre/s _____

Documento ☐ DNI ☐ CI ☐ LC Número _____ CUIL Número _____

MATRÍCULA

Nacional Nº _____ Provincial Nº _____ Provincia _____

Profesión _____

DOMICILIO PARTICULAR

Calle _____ Número _____ Piso _____ Dpto _____

Código Postal _____ Provincia _____ Localidad _____

Teléfono _____ Celular _____ e-mail _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

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