



DECLARACIÓN JURADA DE ALTA EN EL REGISTRO DE PRESTADORES DE LAS OBRAS SOCIALES - CON CONVENIO VIGENTE

COMPLETAR EL SOLICITANTE

Delegación Regional [] Matrícula Provincial []

Lugar y Fecha []

Nombre y apellido del solicitante []

Domicilio particular [] N° [] Piso [] Dpto []

Localidad [] C.Postal []

Teléfono [] E-mail []

Número de C.U.I.T. []

Número de Registro Nacional Prestadores [] Vto RNP []

1- DECLARACIÓN DE CONSULTORIO

Calle [] N° [] Piso [] Dpto []

Localidad [] C.Postal []

Teléfono [] E-mail []

Días y horarios de atención en este domicilio []

Se adjunta: Habilitación de consultorio definitiva Habilitación de consultorio en trámite

2- ATENCIÓN DOMICILIARIA

(completar solo en el caso que preste conformidad para la atención en domicilio)

Localidad []

Teléfono de contacto [] E-mail []

horarios de atención []

Firma y Sello del Profesional

Declaro bajo juramento que los datos contenidos en la presente, son correctos y sin omisión alguna. Declaro conocer y aceptar los reglamentos vigentes en Colegio, para la atención de Obras Sociales y las condiciones previstas en los respectivos convenios. Me comprometo a prestar servicios de la kinesiólogía respetando las normas operativas actuales o las que se dicten en un futuro, ya sean emanadas del Colegio, de la Obra Social, o de organismos Nacionales, Provinciales y/o Municipales, facultando al Colegio, en caso de incumplimiento a darme de baja del padrón respectivo bajo mi exclusiva responsabilidad.

Nota:

Artículo 75: Domicilio especial. "... Pueden además constituir un domicilio electrónico en el que se tengan por eficaces todas las notificaciones, comunicaciones y emplazamientos que allí se dirijan"



COMPLETAR EL SOLICITANTE

(completar en caso de poseer más de un consultorio)

Delegación Regional

Matrícula Provincial

1- DECLARACIÓN DE CONSULTORIO

Calle N° Piso Dpto

Localidad C.Postal

Teléfono E-mail

Días y horarios de atención en este domicilio

Se adjunta: Habilitación de consultorio definitiva Habilitación de consultorio en trámite

COMPLETAR EL SOLICITANTE

(completar en caso de poseer más de un consultorio)

Delegación Regional

Matrícula Provincial

2- DECLARACIÓN DE CONSULTORIO

Calle N° Piso Dpto

Localidad C.Postal

Teléfono E-mail

Días y horarios de atención en este domicilio

Se adjunta: Habilitación de consultorio definitiva Habilitación de consultorio en trámite