



Asociación Médica de Avellaneda

Laprida 173– 1870 Avellaneda – Tel/Fax: 4222-1814 (Registro Medico)

www.amavellaneda.org.ar

Personería Jurídica N° 3510/69

FICHA DE INSCRIPCION -PRESTADORES FACTURISTAS-

Apellido y Nombres Matrícula Provincial.....
Nacionalidad Fecha de Nacimiento / /
Tipo y N° de Documento.....N° CUIT.....N° Ing. Brutos.....
Domicilio Particular Localidad C.P.
Tel. (.....)..... E-mail.....
Graduado en la Universidad de.....Fecha.....Especialidad
Fecha del Título de Especialista otorgado por Colegio Médico

Datos para la Nomina de Prestadores :

1-) Consultorio Instalado en
Localidad.....Partido.....C.Postal.....
Teléfonos.....Dias de Atención.....Horarios.....

Documentación Requerida Fotocopias de:

- 1- Título de Médico
- 2- Título de **Especialista Colegio de Médicos** o Certificado de especialista del Ministerio de Salud de la Nación homologado por el Colegio de Medios de la Nación (con sellos al dorso) o Residencia completa en hospitales públicos o Concurrencia de 6 años o más en entidades del ámbito público.
- 3- Fotocopia de Documento
- 4- Constancia de situación impositiva (AFIP, IIBB, Convenios multilaterales).
- 5- Certificado de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (Av. Roque Sáenz Peña 530 cap.)
Renovar y presentar fotocopia con cada Actualización)
- 6- Credencial Matrícula Provincial
- 7- Certificado vigente de Ética y libre deuda de matrícula expedido por el colegio de Médicos
- 8- Certificado de Seguro de Mala Praxis
- 9- Último recibo de Caja de Previsión y Seguro Médico Pago
- 10- 2 Presentaciones de Médicos asociados a esta Entidad
- 11- Habilitación de consultorio

FIRMA SELLO.....

FECHA INICIADO EL TRAMITE.....