

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN O REINSCRIPCIÓN PARA ASOCIACIONES que representen a profesionales del arte de curar o establecimientos asistenciales - ANEXO III**

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

### DATOS DE LA ENTIDAD

Denominación \_\_\_\_\_

Entidad \_\_\_\_\_  CUIT \_\_\_\_\_

### DOMICILIO LEGAL

Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_

Documento  DNI  CI  LC  LC Número \_\_\_\_\_ CUIT \_\_\_\_\_

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

FIRMA Y SELLO