

REGISTRO PROVINCIAL DE PRESTADORES
PLANILLA DE INSCRIPCIÓN

La Plata,

A la Señora

Presidente del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires.

S/D

El profesional de la Fonoaudiología
....., L.E./L.C./D.N.I. nº....., inscripto en la matricula
provincial bajo en nº , con domicilio real que denuncia en calle
..... nº de la ciudad de
..... , Provincia de Buenos Aires, tiene el agrado de dirigirse a
Ud. con el objeto de solicitar formalmente la INSCRIPCIÓN AL REGISTRO
PROVINCIAL DE PRESTADORES, para prestar servicios de la profesión a los
beneficios de OBRAS SOCIALES, MUTUALIDADES, ENTIDADES DE PRE-
PAGO MEDICO y toda otra entidad o establecimiento oficial o privado, del Estado
Nacional, Provincial o Comunal con los que Colegio haya suscripto o suscriba en
el futuro convenios para la prestación de servicios de la Fonoaudiología, sean
estos locales o provinciales.

A tales efectos y con los alcances de **DECLARACIÓN JURADA**, declaro
conocer las normas a las que debo acatamiento, las condiciones de prestación de
los servicios, los aranceles pactados, las modalidades de facturación y pago de
dichos servicios, y el Reglamento para la atención de beneficiarios de Obras
Sociales, Mutualidades, entidades de Medicina prepaga, gerenciadoras, entre
otras, con las que Colegio, a nivel local o Provincial posea convenio; denuncio los
datos personales que a continuación detallo y autorizo al Colegio a proceder, en
mi nombre y representación conforme lo tiene previsto el artículo 1869, los
siguientes y concordantes del Código Civil, dentro del marco de los convenios
celebrados o a celebrar

(Completar con letra imprenta legible todos los items)

APELLIDO/S:.....
 NOMBRE/S:.....
 DOCUMENTO: L.C./L.E./D.N.I./ (táchese lo que no corresponda). Nº
 DOMICILIO PARTICULAR:
 LOCALIDAD:.....
 CP () TEL.:.....
 DOMICILIO PROFESIONAL:.....
 CP () TEL.:.....
 OTRO DOMICILIO PROFESIONAL
 CP () TEL.:.....
 FAX; propio o referencia (tachar lo que no corresponda) TEL.:.....
 CORREO ELECTRÓNICO:.....
 PRESTO SERVICIOS EN CLINICA Y/O SANATORIO PRIVADO: SI – NO (táchese lo que no
 corresponda)
 DOMICILIO:.....
 SEGURO DE PRAXIS PROFESIONAL: Aseguradora:.....
 POLIZA Nº:.....
 REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES (Superint. de Servicios de Salud) Nº:.....
 CLAVE UNICA DE IDENTIDAD TRIBUTARIA (CUIT):'
 CONDICION ANTE EL IVA: Monotributista - Responsable Inscripto - Responsable no Inscripto
 (táchese lo que no corresponda).
 FACTURAS/RECIBOS TIPO:.....
 INSCRIPCIÓN PROVINCIAL DEL IMPUESTO A LOS INGRESOS BRUTOS Nº:
 OPERO CON BANCOS: SI - NO (táchese lo que no corresponda) Bco.
 CAJA DE AHORRO – CUENTA CORRIENTE (táchese lo que no corresponda) Nº
 AUTORIZO A COLEGIO A IMPLEMENTAR EL PAGO DE MIS FACTURACIONES POR
 INTERDEPOSITOS BANCARIOS: SI - NO (táchese lo que no corresponda).
 ÁREA FONOAUDIOLÓGICA EN QUE SE DESEMPEÑA:.....

FIRMA

ACLARACIÓN

DOCUMENTO