

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 matrícula  
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./ (táchesel lo que no corresponda). N° .....

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 (táchesel lo que no corresponda)

DOMICILIO:.....

SEGURO DE PRAXIS PROFESIONAL: Aseguradora:.....

POLIZA N°:.....

REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES (Superint. de Servicios de Salud) N°:.....

CLAVE UNICA DE IDENTIDAD TRIBUTARIA (CUIT):'.....

CONDICION ANTE EL IVA: Monotributista - Responsable Inscripto - Responsable no Inscripto (táchesel lo que no corresponda).

FACTURAS/RECIBOS TIPO:.....

INSCRIPCIÓN PROVINCIAL DEL IMPUESTO A LOS INGRESOS BRUTOS N°: .....

OPERO CON BANCOS: SI - NO (táchesel lo que no corresponda) Bco. .....

CAJA DE AHORRO – CUENTA CORRIENTE (táchesel lo que no corresponda) N° .....

AUTORIZO A COLEGIO A IMPLEMENTAR EL PAGO DE MIS FACTURACIONES POR INTERDEPOSITOS BANCARIOS: SI - NO (táchesel lo que no corresponda).

ÁREA FONOAUDIOLÓGICA EN QUE SE DESEMPEÑA:.....

FIRMA

ACLARACIÓN

DOCUMENTO