

**Registro de Prescriptor**

**APELLIDO Y NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**ESPECIALIDAD:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO LEGAL:** \_\_\_\_\_

**LOCALIDAD:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO CELULAR (dato obligatorio):** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO (dato obligatorio):** \_\_\_\_\_

**MATRICULA PROVINCIAL Nro:** \_\_\_\_\_ **- VENCIMIENTO:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**LUGAR/ES DE ATENCION:** \_\_\_\_\_

**LUGAR Y FECHA DE SOLICITUD:** \_\_\_\_\_

**FIRMA Y SELLO:** \_\_\_\_\_