

ANEXO

REGISTRO DE PREINSCRIPCIÓN CENTROS

Completar con letra imprenta y clara (**LEGIBLE**) exclusivamente datos del CENTRO MÉDICO / CLÍNICA / SANATORIO.

PROPIETARIO/S:.....

DIRECTOR MÉDICO:.....

NOMBRE DE FANTASÍA:.....

CUIT:.....

DOMICILIO:.....

TELÉFONO:.....

MAIL:.....

ESPECIALIDADES/SERVICIOS:.....

FECHA DE HABILITACIÓN (SALUD):.....VTO:.....

REALIZA PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS? **SI** / **NO** (Tachar lo que no corresponda)

DECLARO BAJO JURAMENTO LA VERDAD DE LOS DATOS CONSIGNADOS.

LUGAR Y FECHA:.....

FIRMA Y SELLO:.....

La presentación de la planilla, no implica aceptación a la solicitud de incorporación.