



Ministerio de Salud



SUPERINTENDENCIA  
DE SERVICIOS DE SALUD

## **REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES**

**REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES  
SOLICITUD DE INSCRIPCION PÀRA  
PROFESIONALES  
(RES.119/99 S.S.S.)**

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

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_ CUIL: \_\_\_\_\_

**MATRICULA**  
NACIONAL: \_\_\_\_\_ PROVINCIAL: \_\_\_\_\_

PROFESION: \_\_\_\_\_

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

DOMICILIO PARTICULAR: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

PISO: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ Cod. Pos: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

**FECHA:**

**CUALQUIER PERSONA PODRA GESTIONAR LA TRAMITACION DEL CERTIFICADO Y RETIRAR EL MISMO –en los horarios indicados-, CON AUTORIZACION POR ESCRITO EN ORIGINAL SUSCRIPTA POR EL PROFESIONAL, EN LA QUE SE CONSIGNE APELLIDO, NOMBRE Y D.N.I. DEL AUTORIZADO.-**

**Firma y Sello**