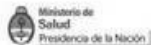




**SUPERINTENDENCIA  
DE SERVICIOS DE SALUD**



TODOS LOS TRAMÍTES EN LA SUPERINTENDENCIA  
DE SERVICIOS DE SALUD SON GRATUITOS.

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Registro Nacional de Prestadores

### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN O REINSCRIPCIÓN PARA PROFESIONALES

COMPLETAR EL FORMULARIO CON LETRA DE IMPRENTA MAYÚSCULA LEGIBLE, PC U OTRO MEDIO TIPOGRÁFICO

**INSCRIPCIÓN**

**REINSCRIPCIÓN**

Nº de certificado anterior:

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
Documento  DNI  CI  LC Número \_\_\_\_\_  CUIT  CUIL Número \_\_\_\_\_

### MATRÍCULA

Nacional Nº \*\*\*\*\* Provincial Nº \_\_\_\_\_ Provincia: **ENTRE RÍOS**  
Profesión: **BIOQUÍMICO/A** Especialidad: \*\*\*\*\*

### DOMICILIO PARTICULAR

Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia: **ENTRE RÍOS**  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Cualquier persona podrá gestionar la tramitación del certificado y retirar el mismo –en los horarios indicados-, con autorización por escrito en original suscripta por el profesional, , en la que se consigne apellido, nombre y DNI del autorizado.

Este formulario tiene carácter de declaración jurada, por lo tanto los datos consignados en él son responsabilidad de quien lo suscribe.

FIRMA Y SELLO DE PROFESIONAL