

CUIT*	Número de documento*	Tipo de documento (marcar con una cruz)**
		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> LE

Nombres*

Apellido*	Fecha de nacimiento*	Sexo (marcar con una cruz)**
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

Estado Civil (marcar con una cruz)**	Nacionalidad*
<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Otro	

Domicilio Comercial	
Localidad* <input style="width:95%;" type="text"/>	Calle* <input style="width:95%;" type="text"/>
Número <input style="width:100px;" type="text"/> Depto. <input style="width:30px;" type="text"/> Piso <input style="width:30px;" type="text"/> Manzana <input style="width:30px;" type="text"/> Tira <input style="width:30px;" type="text"/> Casa <input style="width:30px;" type="text"/> Km <input style="width:30px;" type="text"/> Cuerpo <input style="width:30px;" type="text"/> Torre <input style="width:30px;" type="text"/>	

Contacto Comercial	
Teléfono** <input style="width:95%;" type="text"/>	Celular** <input style="width:95%;" type="text"/>
Mail* <input style="width:95%;" type="text"/>	Web <input style="width:95%;" type="text"/>

Condición Fiscal AFIP (marcar con una cruz)**	Condición Fiscal ATER (marcar con una cruz)**
<input type="checkbox"/> R. Inscripto <input type="checkbox"/> Monotributista <input type="checkbox"/> Excento <input type="checkbox"/> Cont. Social <input type="checkbox"/> Ins. Ganancia	<input type="checkbox"/> P. Liberales <input type="checkbox"/> R. General <input type="checkbox"/> R. Simplificado <input type="checkbox"/> Sello

Con. AFIM	Datos Profesionales		
<input type="checkbox"/> Tasa ISHPS	Matrícula* <input style="width:95%;" type="text"/>	Fecha de Matriculación* <input style="width:30px;" type="text"/> / <input style="width:30px;" type="text"/> / <input style="width:30px;" type="text"/>	Fecha de inscripción en IOSPER* <input style="width:30px;" type="text"/> / <input style="width:30px;" type="text"/> / <input style="width:30px;" type="text"/>
	Nro. de Póliza* Mala Praxis <input style="width:95%;" type="text"/>	Fecha de Graduación <input style="width:30px;" type="text"/> / <input style="width:30px;" type="text"/> / <input style="width:30px;" type="text"/>	Jefe de Servicios en Institución Hospitalaria <input style="width:30px;" type="text"/>

Especialidades			
Especialidad 1 <input style="width:95%;" type="text"/>	Fecha <input style="width:30px;" type="text"/> / <input style="width:30px;" type="text"/> / <input style="width:30px;" type="text"/>	Especialidad 2 <input style="width:95%;" type="text"/>	Fecha <input style="width:30px;" type="text"/> / <input style="width:30px;" type="text"/> / <input style="width:30px;" type="text"/>

Convenios con IOSPER	Colegios	
Convenio Nivel 1* <input style="width:95%;" type="text"/>	Círculo 1 <input style="width:95%;" type="text"/>	Círculo 2 <input style="width:95%;" type="text"/>
Convenio Nivel 2 <input style="width:95%;" type="text"/>	Círculo 3 <input style="width:95%;" type="text"/>	Círculo 4 <input style="width:95%;" type="text"/>

Cuenta Bancaria		
CBU	<input style="width:95%;" type="text"/>	
Banco	<input style="width:300px;" type="text"/>	Tipo de cuenta <input style="width:300px;" type="text"/>

 Firma Prestador

 Firma Empleado IOSPER