REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES

SOLICITUD DE REINSCRIPCION PARA PROFESIONALES
Resolución 119/99 Salud y Actual Resolución N° 37/05 Salud.
Cuyo Vencimiento opera a partir del día 01/01/2005

Completar el formulario con LETRA DE IMPRENTA MAYUSCULA LEGIBLE, PC, U OTRO MEDIO TIPOGRAFICO.

- **Número de Certificado anterior:** _____

Nombre/s y Apellido/s: _____

Tipo y N° de documento: D.N.I. / C.M. / L.C. / L.E.: _____

- **Profesión:** _____

Matrícula / s (deberá consignar el número).

Nacional N°: _____ **Provincial N°:** _____ **Provincia:** _____

Especialidad / es: _____

C.U.I.T. ____-_____-____ **C.U.I.L.:** ____-_____-____

- **Domicilio Particular:**

Calle: _____ **N°:** _____ **Piso:** _____

Depto.: _____ **Localidad:** _____ **Provincia:** _____

C.P.: _____ **Tel.:** _____