

Alta Modificación Baja Fecha: / /
Lugar: _____

Datos personales de la institución

Nombre/Razón social: _____

Constancia de inscripción de personería jurídica: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Teléfonos: _____

Servicios incluidos: _____

Seguro Mala Praxis: SI NO Compañía de seguro: _____

Datos contables

Alta Modificación Baja

N° de CUIT: _____

Condición IVA: _____ N° ingresos brutos: _____

Impuesto a las ganancias: _____

Jubilatorios: _____

Inscripción ASIP: _____

Inscripción AFIP: _____

Consultorios externos N° 1

Especialidad: _____

Médico a cargo: _____

Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Consultorios externos N° 2

Especialidad: _____

Médico a cargo: _____

Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Consultorios externos N° 3

Especialidad: _____

Médico a cargo: _____

Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Aparatología

Número de camas por servicio

Clínica

Maternidad

Pediatría

Cirugía

UTI

UCI

UTIN