

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE
PROFESIONAL PRESTADOR DE OBRAS
SOCIALES**



Colegio de Nutricionistas
de la Provincia de Córdoba

Fecha:		
Apellido y nombre:		MP N°:
Domicilio laboral:	N°:	Barrio:
Localidad:	mail:	
Teléfono laboral:	Celular:	
CUIT N°:		
Adjuntar constancia actual de inscripción AFIP que declare condición tributaria frente al IVA		
N° de póliza de seguro de responsabilidad civil (copia de póliza de seguro de responsabilidad civil)		
N° inscripción RNP (copia de inscripción en Registro Nacional de Prestadores)		
Adjunta copia de habilitación de consultorio	SI	NO

Declaro conocer y aceptar el reglamento de beneficiarios de obras sociales, mutuales, entidades de medicina prepaga, así como de padrón de prestadores.

Firma del profesional

Firma Secretaria de recepción

Fecha de recepción: