



REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

(El presente formulario posee carácter de declaración jurada.)

Fecha de llenado: /..... /20.....

Registro:

Actualización de datos:

Código Asignado:

CENTROS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES.

Entidad Privada

Entidad Mixta

Entidad Pública

Otros:

Especificar:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Denominación Comercial de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud

Propietario:

Dirección:

Departamento:

Ciudad:

Barrio/Distrito/Compañía.

Números Telefónicos

Telefax:

R.U.C.

1)

2)

Correo Electrónico:

Pág. Web:

NATURALEZA JURÍDICA DEL PROPIETARIO

UNIPERSONAL

S.R.L.

FUNDACIÓN:

EMPRESA INDIV. DE RESP. LTDA.

S.A.

COOPERATIVA:

SOCIEDAD CIVIL SIMPLE

ASOCIACIÓN

OTROS:

Especificar:

AUTORIDADES Y/O DIRECTIVOS.

PRESIDENTE/A:

Céd. De Identidad Civil N°

Telef. Móvil:

E-mail:

REPRESENTANTE LEGAL:

Céd. De Identidad Civil N°

Telef. Móvil:

E-mail:

RESPONSABLE DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

Céd. de Ident. Civil N°:

Especialidad:

Reg. Prof. N°:

Telef. Móvil N°:

E-mail:

