



**CONSEJO NACIONAL
DE SALUD**

**PARAGUAI
TESAIHA TEKÓ
PORÁVE
MOTENONDEHA**



REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
(El presente formulario posee carácter de declaración jurada)

Fecha de llenado: / /20 Registración Actualización de Datos Código Asignado

EMPRESAS DE MEDICINA PRE-PAGA		
Entidad Privada <input type="checkbox"/>	GENERAL <input type="checkbox"/>	OFTALMOLÓGICA <input type="checkbox"/>
Entidad Mixta <input type="checkbox"/>	ODONTOLÓGICA <input type="checkbox"/>	PRE-HOSPITALARIA <input type="checkbox"/>
OTROS: <input type="checkbox"/> Especificar		
DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
Nombre de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud		
Propietario:		
Departamento:	Ciudad:	Barrio/Distrito/Compañía.
Dirección:		
Números Telefónicos	Telefax:	R.U.C.
1)	2)	
Correo Electrónico:	Pág. Web:	
NATURALEZA JURÍDICA DEL PROPIETARIO		
UNIPERSONAL <input type="checkbox"/>	S.R.L. <input type="checkbox"/>	FUNDACIÓN: <input type="checkbox"/>
EMPRESA INDIV. DE RESP. LTDA <input type="checkbox"/>	S.A. <input type="checkbox"/>	COOPERATIVA <input type="checkbox"/>
SOCIEDAD CIVIL SIMPLE <input type="checkbox"/>	ASOCIACIÓN <input type="checkbox"/>	OTROS: <input type="checkbox"/>
Especificar:		
AUTORIDADES Y/O DIRECTIVOS.		
PRESIDENTE/A:		
C.I. N°	Telef. Móvil N°	E-mail:
REPRESENTANTE LEGAL:		
C.I. N°	Telef. Móvil N°	E-mail:
GERENTE GENERAL:		
C.I. N°	Telef. Móvil N°	E-mail:
REGENTE MEDICO		
C.I. N°	Telef. Móvil N°	E-mail:
Observaciones o Comentarios.		
Datos Aportados Por: Firma: Cargo:		Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud