



**CONSEJO NACIONAL
DE SALUD**

**PARAGUÁI
TESÁI HA 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:

SERVICIOS PRE-HOSPITALARIOS (BASE)

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:

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:

REGENTE MÉDICO/A:

Céd. de Ident. Civil N°: _____ Especialidad: _____ Reg. Prof. N°: _____

Telef. Móvil N°: _____ E-mail: _____

CANTIDAD DE MÓVILES

Nivel de Complejidad 1

Nivel de Complejidad 2

Nivel de Complejidad 3

Total:

