



**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:

**CENTROS ODONTOLÓGICOS**

Entidad Privada

Entidad Mixta

Entidad Pública

Otros:

Especificar: \_\_\_\_\_

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**Denominación Comercial 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

S.R.L.

FUNDACIÓN:

EMPRESA INDIV. DE RESP. LTDA.

S.A.

COOPERATIVA:

SOCIEDAD CIVIL SIMPLE

ASOCIACIÓN

OTROS:

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:

**REGENTE MÉDICO:**

Céd. de Ident. Civil N°:

Especialidad:

Reg. Prof. N°:

Telef. Móvil N°:

E-mail:

