

REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN DE ASOCIACIONES QUE REPRESENTEN A PROFESIONALES DEL ARTE DE CURAR O A ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

1. Solicitud de inscripción suscrita por la(s) autoridad(es) o el/los responsable(s) de la ASOCIACIÓN, con firma certificada por escribano público o certificación bancaria en concepto de declaración jurada.
2. Fotocopia autenticada del contrato constitutivo de la ASOCIACIÓN, debidamente inscripto en el Registro de Personas Jurídicas de la jurisdicción que corresponda (verificando que en el estatuto prevea que entidad solicitante tenga capacidad jurídica para la suscribir contratos con los Agentes del Sistema de Seguro de Salud).
3. Listado de prestadores que conforman la Asociación en soporte magnético (listado en formato Excel), con discriminación de los siguientes campos: nombre, domicilio, localidad, provincia, número de inscripción vigente y fecha de vencimiento en el Registro de Prestadores.
4. Fotocopia simple del certificado de inscripción en el Registro de Prestadores de cada uno de los prestadores individualmente inscriptos - profesionales, centros y establecimientos asistenciales.
5. Fotocopia de Inscripción de la Dirección General de Rentas (Ingresos Brutos)
6. Fotocopia de Inscripción en la A.F.I.P.
7. Seguro Mala Praxis – póliza vigente con los siguientes datos:
- Fotocopia del seguro de Mala Praxis - Nombre del Asegurado. Numero de póliza, Monto asegurado, vencimiento, Nombre de la compañía aseguradora
8. Suscribir Acuerdo de Trabajo con el ISSUNNE

La documentación **debidamente certificadas por escribano público**, deberá presentarse en San Luís N  535 de la ciudad de Corrientes (CP3400) de Lunes a Viernes en el horario de 8.00 Hs. a 13.00hs.

IMPORTANTE

Además de los requisitos indicados en el ejercicio de su actividad se Les recuerda el cumplimiento de lo establecido en las siguientes leyes:

- Ley 17132 Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración
- Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud
- Ley 19303 Ley de psicotrópicos
- Ley 25.649 Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico

REGISTRO DE PRESTADORES ISSUNNE

Solicitud de Inscripción para Asociaciones que representan a Profesionales del Arte de curar o a Establecimientos Asistenciales

DATOS DE LA ENTIDAD

Denominación _____

Entidad _____ C.U.I.T. _____

DOMICILIO LEGAL

Calle _____ Número _____ Piso _____ Dpto _____

Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Apellido/s _____ Nombre/s _____

Documento: DNI/CI/LE/LC Número _____ C.U.I.T. _____

FECHA _____

Firma y Sello

Este formulario tiene carácter de declaración jurada, por lo tanto los datos consignados en él son responsabilidad de quien lo suscribe.