



REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES INDIVIDUALES DEL ISSUNNE

1. Completar formulario de Solicitud de Inscripción.*
2. Fotocopia, anverso y reverso del Título Universitario.*
3. Fotocopia del Certificado de Especialidad o Título Universitario de Especialista inscripto en Salud Pública.*
4. Fotocopia de - D.N.I ó · L.C. ó · L.E. ó · C.I. MERCOSUR.*
5. Fotocopia (anverso y reverso) de Matrícula Profesional Nacional, Provincial o ambas matrículas, según el ámbito de actuación del profesional.*
6. Constancia de inscripción en AFIP.
7. Constancia de inscripción en Ingresos Brutos (DGR) – Constancia de Exención.
8. Habilitación de consultorio. (Emitido por el Ministerio de Salud Pública de la Prov. de Corrientes o Chaco según corresponda)*
9. Seguro Mala Praxis – póliza vigente con los siguientes datos:
 - Nombre del Asegurado. Numero de póliza, Monto asegurado, vencimiento, Nombre de la compañía aseguradora
10. Constancia de Inscripción en la Superintendencia de Seguros de Salud (www.sssalud.gov.ar).*

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 DIRECTOS ISSUNNE
Solicitud para profesionales

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido/s y Nombre /s _____

Tipo y N de Documento _____

CUIT _____

MATRÍCULA

Nacional N° _____ Provincial N° _____ Provincia _____

Profesión: _____ Especialidad: _____

DOMICILIO PARTICULAR

Calle _____ Número _____ Piso _____ Dpto _____

Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____

DOMICILIO DE CONSULTORIO

Calle _____ Número _____ Piso _____ Dpto _____

Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____

Correo Electrónico _____

Fecha _____

Firma y Sello