

REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS

1. Solicitud de inscripción. El formulario debe estar firmado por el director médico o representante legal con firma certificada por escribano público o certificación bancaria, en concepto de declaración jurada.
2. Fotocopia autenticada de la habilitación otorgada por Organismo Competente según el tipo de Prestación:
 - Autoridad sanitaria jurisdiccional. Si correspondiere se debe adjuntar fotocopia autenticada de la Habilitación Radiofísica Sanitaria jurisdiccional donde consten los responsables de uso de los mismos, habilitación del laboratorio y permisos institucionales e individuales otorgados por la Comisión Nacional de Energía Atómica para el uso de isótopos radioactivos).
 - Dirección de Educación
3. Habilitación Municipal y de Bomberos.
4. Elemento Constitutivo: Contrato Constitutivo, Estatutos Sociales, Contrato de Colaboración Profesional-Técnico, otros.
5. Planos
6. Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la superintendencia de Servicios de Salud(www.sssalud.gov.ar)
7. Fotocopia de Inscripción de la Dirección General de Rentas (Ingresos Brutos)
8. Fotocopia de Inscripción en la A.F.I.P.
9. Nota detallando los servicios a brindar, aparatología, personal y plantel de profesionales (con sus respectivas acreditaciones)
10. Seguro Mala Praxis/Seguro de Responsabilidad Civil – póliza vigente con los siguientes datos:
 - Nombre del Asegurado. Numero de póliza, Monto asegurado, vencimiento, Nombre de la compañía aseguradora

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.

REGISTRO DE PRESTADORES ISSUNNE

Solicitud de inscripción para establecimientos de internación y ambulatorio

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Denominación según habilitación del Ministerio de Salud _____

Propiedad de _____

Entidad _____ C.U.I.T. _____

DOMICILIO LEGAL

Calle _____ Numero _____ Piso _____ Departamento _____

Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

DATOS DEL DIRECTOR MÉDICO

Apellido/s _____ Nombre/s _____

Matrícula nacional N° _____ Matrícula provincial N° _____

Profesión Especialidad _____

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.