

Corrientes, de de 201X

Señor Delegado Rectoral del ISSUNNE

S____/____D

El que Suscribe
..... se dirijo a Ud. a los efectos de solicitarle mi inscripción
como **Proveedor Directo de Insumos Médicos** para los afiliados de ISSUNNE.

A tal efecto adjunto la siguiente documentación:

1. Constancia de Inscripción en Ingresos Brutos
2. Constancia de Inscripción en el AFIP
3. Fotocopias de DNI
4. En caso de Sociedades: Contrato/Estatuto Social
5. Fotocopia de Habilitación Municipal
6. Otra Documentación :

.....
.....
.....

Sin otro particular y esperando una respuesta favorable lo
saludo Atentamente.-

Firma y Sello

La mera presentación de la documentación no implica la aceptación de la solicitud, quedando la
misma sujeta a disposición de las autoridades del ISSUNNE.



Universidad Nacional del Nordeste

REGISTRO DE PRESTADORES ISSUNNE

Solicitud de Inscripción para Proveedores de Insumos Médicos

DATOS DEL PROVEEDOR

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.

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