



Corte Suprema de Justicia de la Nación
Obra Social del Poder Judicial de la Nación

SOLICITUD DE INCRIPCION COMO PRESTADOR INSTITUCIONAL

(Anexo II* y III**)

COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA MAYUSCULA LEGIBLE, PC Y OTRO MEDIO TIPOGRAFICO

DATOS DEL DIRECTOR MEDICO / REPRESENTANTE LEGAL / AUTORIDAD RESPONSABLE

Apellido/s Nombre/s

Documento DNI CI LC Número CUIL Número

DENOMINACION DE LA INSTITUCION

CUIT

DOMICILIO LEGAL

Calle Numero Piso

Código Postal Provincia Localidad

Teléfono Celular e-mail

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

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

* Instituciones

** Entidades que nucleen profesionales y/o instituciones