

## SERVICIOS ODONTOLÓGICOS SOLICITUD DE ALISTAMIENTO PROGRESIVO<sup>1</sup>

NOMBRE DEL PROFESIONAL O ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

RAZÓN SOCIAL (si la hubiera): \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DIRECTOR: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

TEL/FAX: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

CUIT N°: \_\_\_\_\_ POSICIÓN FRENTE AL IVA: \_\_\_\_\_

HABILITACIÓN N°<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ EXPEDIDA POR: \_\_\_\_\_

INSCRIPCIÓN EN EL RNPQ N°<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

### DEPENDENCIA:

Estatal:            Nacional             Provincial             Municipal

Seguridad Social:    Nacional             Provincial

Privado:    c/fines de lucro     s/fines de lucro

### TIPO DE SERVICIO:

Consultorio individual  Policonsultorio  N° de puestos

Quirófano   N° de  quirófanos    de  Laboratorio  de   prótesis

Radiodiagnóstico   Tipo: \_\_\_\_\_

### ESPECIALIDADES:

Odontología general             Prótesis

Operatoria dental             Periodoncia

Endodoncia             Cirugía

<sup>1</sup> La presente tiene carácter de Declaración Jurada  
<sup>2</sup> Adjuntar copia de habilitación  
<sup>3</sup> Adjuntar fotocopia de inscripción o constancia de exención

Otra (consignar) \_\_\_\_\_

Fecha

--	--	--

Firma del Director

--