

SERVICIOS ODONTOLÓGICOS SOLICITUD DE EVALUACIÓN PRELIMINAR¹

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°² _____ EXPEDIDA POR: _____

INSCRIPCIÓN EN EL RNPQ N°³: _____

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 Laboratorio de prótesis

Radiodiagnóstico Tipo: _____

ESPECIALIDADES:

Odontología general Prótesis

Operatoria dental Periodoncia

Endodoncia Cirugía

Otra (consignar) _____

¹ La presente tiene carácter de Declaración Jurada
² Adjuntar fotocopia de habilitación
³ Adjuntar fotocopia de inscripción o constancia de exención

Fecha

--	--	--

Firma del Director

--