

PLANILLA ALTA DE PRESTADOR

Estimado/a: para poder identificarlo como profesional, prestador o proveedor deberá completar lo siguiente:

NOMBRE DE FANTASÍA	
RAZÓN SOCIAL	
C.U.I.T	
CONDICIÓN DE IVA	
RÉGIMEN DE GANANCIAS	
SITUACIÓN IIBB	
CBU	
DOMICILIO	
CÓDIGO POSTAL	
LOCALIDAD	
PROVINCIA	
ESPECIALIDAD	
DELEGACIÓN A LA QUE CORRESPONDE	
CORREO ELECTRÓNICO	
TELÉFONO	
DETALLE DEL CONCEPTO A FACTURAR (tipo de prestación)	
FORMA DE PAGO	<i>*De acuerdo a los plazos establecidos por la SSSalud.</i>

Además, deberán adjuntar la siguiente documentación:

1. Constancia de inscripción en ARCA (actualizada).
2. Constancia de inscripción en IIBB.
3. Certificado de Exclusión en IIBB – IVA – Ganancias (en caso de corresponder).
4. Póliza del seguro de mala praxis.
5. Inscripción como prestador ante la SSSalud / inscripción en ANDIS (según corresponda).
6. Constancia de CBU con datos de CTA CTE.

EL PRESTADOR SE COMPROMETE A PRESENTAR LOS RECIBOS CANCELATORIOS DE LOS PAGOS EFECTUADOS POR OSPEDYB (Obra Social del Personal de Dragado y Balizamiento).

FECHA: __ / __ / ____ .

FIRMA Y SELLO