**SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA PRESTADORES DE OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS**

…../…../2018

Comisión Directiva del Colegio de Psicólogos de la Zona Andina:

Por medio de la presente solicito ser inscripto/a en el **listado unificado de prestadores** de los Convenios realizados por el Colegio de Psicólogos de la Zona Andina y las Obras Sociales y Prepagas. Para ello y en cumplimiento de las formalidades de la inscripción, adjunto la siguiente documentación:

1. **Datos personales**:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio Particular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. particular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio Consultorio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. consultorio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Documentación:**
* Título (fotocopia simple)
* Analítico (fotocopia simple)
* Fotocopia DNI con domicilio actualizado
* CUIL/CUIT Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Comprobante de inscripción)
* Matricula Provincia Río Negro Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(fotocopia de matricula vigente)
* Monotributo / Resp. Inscripto / Resp. No inscripto (constancia por Internet)
* Comprobante de CAI actualizado.
* Inscripción Ingresos Brutos
* Inscripción Superintendencia Salud Nación Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Fotocopia del formulario)
* Seguro de Mala Praxis Fecha Vto.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Libre deuda de cuotas colegiales.
* Certificado de Ética
* Foto 4x4
* Habilitación de Consultorio, en caso de tenerla. (No excluyente para todas las Obras Sociales)

**ACEPTO QUE ES MI RESPONSABILIDAD LA ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE LOS DATOS AQUÍ DECLARADOS, ASI COMO LAS RENOVACIONES DE LA MATRÍCULA Y LA INSCRIPCIÓN A LA SUPERINTENDENCIA CUANDO ELLO FUERE NECESARIO.**

1. **Obras Sociales con las que deseo trabajar:**
* ACA Salud
* OSAPM
* Omint CS
* DAMSU
* Federada Salud
* Galeno
* Jerárquicos Salud
* SCIS
* UNO
* Swiss Medical – Docthos
* Salud Total
* SOSUNC
* OSPERYHRA
* Poder Judicial
* SanCor
* Soyem

**4) Domicilio legal:**

Por medio de la presente declaro como domicilio profesional…………………………………………………… y declaro como domicilio electrónico fehaciente………………………………………..………………, donde pueda recibir las notificaciones pertinentes.

Aceptando la responsabilidad de informar a la brevedad cualquier modificación de dichos domicilios.

Extiendo el presente a los \_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2017 de plena conformidad.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_