

Declaración Jurada Fecha:

* Campo obligatorio | ** Elegir al menos una opción | *** Sólo para Convenio Individual

CUIT *	Razón Social*

Tipo**

Establecimiento: Consultorio: Clínica: Hospital: Instituciones Discapacidad: Óptica: Empresa Oxígeno: Otro: _____

Domicilio Comercial

Localidad* Calle*

Número Depto. Piso Manzana Tira Casa Km Cuerpo Torre

Contacto Comercial

Teléfono** Celular**

Mail*

El e-mail NO PUEDE SER una cuenta hotmail.com o sus variantes

Condición Fiscal AFIP (marcar con una cruz)**	Condición Fiscal ATER (marcar con una cruz)**
<input type="checkbox"/> R. Inscripto <input type="checkbox"/> Monotributista <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> Cont. Social <input type="checkbox"/> Ins. Ganancia	<input type="checkbox"/> P. Liberales <input type="checkbox"/> R. General <input type="checkbox"/> R. Simplificado <input type="checkbox"/> Sello <input type="checkbox"/> Multilateral.

Servicios (sujeto acreditación, habilitación del Ministerio de Salud de E. R.)

Servicio 1 Servicio 2

Servicio 3 Servicio 4

Convenios con IOSPER	Cuenta Bancaria
Convenio Nivel 1* <input style="width: 100px;" type="text"/>	CBU <input style="width: 400px;" type="text"/>
Convenio Nivel 2 <input style="width: 100px;" type="text"/>	Banco <input style="width: 200px;" type="text"/> Tipo de cuenta <input style="width: 150px;" type="text"/>

Profesionales que trabajan en el establecimiento

Apellido y Nombre	Profesión	Matrícula

----- Firma Prestador -----

----- Firma Empleado IOSPER -----