COLEGIO MEDICO DE PUERTO MADRYN

OSDE

DOCUMENTACION PARA ALTA DE PRESTADORES

- COPIA AUTENTICADA DEL **TITULO DE MEDICO**.
- COPIA AUTENTICADA DE **MATRICULA PROVINCIAL** (FRENTE Y REVERSO).
- COPIA AUTENTICADA DEL **CERTIFICADO DE ESPECIALISTA** EMITIDO POR EL SIPROSALUD.
- AVALES CORRESPONDIENTES A LAS PRACTICAS QUE REALIZA CADA PROFESIONAL.
- FOTOCOPIA DE LA HABILITACION COMERCIAL DEL CONSULTORIO. DE NO ESTAR A SU NOMBRE DEBERA TRAER UNA NOTA AUTORIZANDO A SU USO FIRMADA POR EL TITULAR DE LA MISMA.
- CERTIFICADO DE COBERTURA O **PÓLIZA DE SEGUROS** DE PRAXIS MEDICA.
- COPIA AUTENTICADA DE LA **INSCRIPCION EN REGISTRO DE PRESTADORES** DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.
- FOTOCOPIA DEL **D.N.I.**
- FOTOCOPIA DE INSCRIPCION EN **INGRESOS BRUTOS**.
- FOTOCOPIA DE INSCRIPCION EN **D.G.I.**
- CONSTANCIA DEL LUGAR DE ATENCIÓN
- **CURRICULUM VITAE**.