



INSTITUTO PROVINCIAL  
DE SALUD DE SALTA

# REGISTRO DE PRESTADORES

FORMULARIO DE INSCRIPCION Y ACTUALIZACION DE DATOS

M. P. N°: \_\_\_\_\_

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

D. N. I. N.° \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

## Domicilio Particular

Calle \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Correo Electrónico de contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

## Domicilio Laboral

Calle \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Asistencia en Nivel II y III: SI..... NO.....

En caso positivo, indique los lugares:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha:

-----  
Firma y sello del Prestador