

DOMICILIO DE ATENCIÓN 1

El cuadro Vía de Facturación es de integración OBLIGATORIA.

Entidad: _____ C.U.I.T.: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Domicilio legal: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono fijo: _____ Fax: _____

Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

Vía de Facturación: _____

	De:	A:	De:	A:
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DOMICILIO DE ATENCIÓN 2

El cuadro Vía de Facturación es de integración OBLIGATORIA.

Entidad: _____ C.U.I.T.: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Domicilio legal: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono fijo: _____ Fax: _____

Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

Vía de Facturación: _____

	De:	A:	De:	A:
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

DOMICILIO DE ATENCIÓN 3

El cuadro Vía de Facturación es de integración OBLIGATORIA.

Entidad: _____ C.U.I.T.: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Domicilio legal: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono fijo: _____ Fax: _____

Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

Vía de Facturación: _____

	De:	A:	De:	A:
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Declaro bajo juramento de Ley que los datos consignados son correctos, comprometiéndome a no realizar ninguna modificación respecto de los mismos, hasta tanto no cuente con la autorización expresa del ISSN, para lo cual me obligo a requerir previamente las conformidades pertinentes acompañando toda la documentación que se me exija desde el área Prestadores de la obra social, quien podrá o no acceder a mi solicitud de cambio.

Manifiesto que asumo el compromiso de canalizar toda mi actuación profesional como Prestador, respetando las Normas establecidas por lo que me obligo a utilizar los sistemas informáticos que el ISSN determine para: consumir prestaciones, prescribir prácticas y recetar según Nomenclador, Formulario Terapéutico y Guías de Atención del ISSN.

En caso de incumplimiento de tales obligaciones, el ISSN podrá adoptar las medidas administrativas y disciplinarias pertinentes.

Fecha solicitud

Firma y sello solicitante

Incorporado Disposición Nro.

OBSERVACIONES

(Las aclaraciones deben acompañarse con firma y sello del profesional, detallando fecha de la misma).