



### DATOS PERSONALES

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NAC: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.U.I.T.: \_\_\_\_\_  
TIPO DE DOCUMENTO: DNI / LC / LE NÚMERO: \_\_\_\_\_  
NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO LEGAL: CALLE: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_ Piso \_\_\_\_  
DEPTO: \_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO FIJO: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL: \_\_\_\_\_  
CONDICIÓN ANTE IVA: \_\_\_\_\_ INGRESOS BRUTOS: \_\_\_\_\_

### DATOS PRESTADOR

TÍTULO: \_\_\_\_\_  
UNIVERSIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE EGRESO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES N°: \_\_\_\_\_ VENCIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

| ESPECIALIDAD | NEUQUÉN   |               |       | RIO NEGRO |               |       |
|--------------|-----------|---------------|-------|-----------|---------------|-------|
|              | MATRÍCULA | FECHA EMISIÓN | VENC. | MATRÍCULA | FECHA EMISIÓN | VENC. |
|              |           |               |       |           |               |       |
|              |           |               |       |           |               |       |
|              |           |               |       |           |               |       |

Para el caso de otras provincias completar el cuadro dentro de Neuquén aclarando la Provincia que corresponda

Observaciones:

-----  
-----  
-----  
-----

### USO INTERNO

ESPECIALIDAD DE ALTA: \_\_\_\_\_  
FECHA DE ALTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ESPECIALIDAD DECLARADA: \_\_\_\_\_



## DOMICILIO DE ATENCIÓN 1

*El cuadro vía de facturación es obligatoria (podrá seleccionar solo una vía de facturación)*

ENTIDAD: \_\_\_\_\_ CUIT NRO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO LEGAL: CALLE: \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ PISO: \_\_\_\_\_ DEPTO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO FIJO: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: \_\_\_\_\_

## ELECCIÓN VIA DE FACTURACIÓN

Marque **sólo una** de las siguientes vías de facturación.

- DIRECTO A OSPEPRI  ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y HOSP. PRIV. NQN  
 COLEGIO MÉDICO DE \_\_\_\_\_  FECLIR  
 OTRA (indique cuál) \_\_\_\_\_

¿POSEE PC EN ESA IDENTIDAD? SI  NO

| DÍAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN | DE: |  | A: |  |
|-----------------------------|-----|--|----|--|
|                             |     |  |    |  |
| LUNES                       |     |  |    |  |
| MARTES                      |     |  |    |  |
| MIÉRCOLES                   |     |  |    |  |
| JUEVES                      |     |  |    |  |
| VIERNES                     |     |  |    |  |
| SÁBADO                      |     |  |    |  |



## DOMICILIO DE ATENCIÓN 2

*El cuadro vía de facturación es obligatoria (podrá seleccionar solo una vía de facturación)*

ENTIDAD: \_\_\_\_\_ CUIT NRO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO LEGAL: CALLE: \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ PISO: \_\_\_\_\_ DEPTO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO FIJO: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_  
FAX: \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: \_\_\_\_\_

### ELECCIÓN VIA DE FACTURACIÓN

Marque **sólo una** de las siguientes vías de facturación.

- DIRECTO A OSPEPRI  ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y HOSP. PRIV. NQN  
 COLEGIO MÉDICO  FECLIR  
 OTRA (indique cuál) \_\_\_\_\_

¿POSEE PC EN ESA ENTIDAD? SI  NO

| DÍAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN | DE: | A: | DE: | A: |
|-----------------------------|-----|----|-----|----|
| LUNES                       |     |    |     |    |
| MARTES                      |     |    |     |    |
| MIÉRCOLES                   |     |    |     |    |
| JUEVES                      |     |    |     |    |
| VIERNES                     |     |    |     |    |
| SÁBADO                      |     |    |     |    |



### DOMICILIO DE ATENCIÓN 3

*El cuadro vía de facturación es obligatoria (podrá seleccionar solo una vía de facturación)*

ENTIDAD: \_\_\_\_\_ CUIT NRO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO LEGAL: CALLE: \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ PISO: \_\_\_\_\_ DEPTO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO FIJO: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_  
FAX: \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: \_\_\_\_\_

### ELECCIÓN VIA DE FACTURACIÓN

Marque **sólo una** de las siguientes vías de facturación.

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DIRECTO A OSPEPRI         | <input type="checkbox"/> ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y HOSP. PRIV. NQN |
| <input type="checkbox"/> COLEGIO MÉDICO            | <input type="checkbox"/> FECLIR                                   |
| <input type="checkbox"/> OTRA (indique cuál) _____ |   |

¿POSEE PC EN ESA ENTIDAD? SI  NO

| DÍAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN | DE: | A: | DE: | A: |
|-----------------------------|-----|----|-----|----|
| LUNES                       |     |    |     |    |
| MARTES                      |     |    |     |    |
| MIÉRCOLES                   |     |    |     |    |
| JUEVES                      |     |    |     |    |
| VIERNES                     |     |    |     |    |
| SÁBADO                      |     |    |     |    |



## DECLARACIÓN JURADA

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 de OsPePri, para lo cual me obligo a requerir previamente las conformidades pertinente acompañando toda la documentación que se me exija desde el área de Prestadores de la Obra Social.

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 de OsPePri para validar las prestaciones médico asistenciales.

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

FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE : \_\_\_\_\_

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_