



REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

(El presente formulario posee carácter de declaración Jurada)

EMPRESAS DE MEDICINA PRE-PAGA					
Fecha de Ilenado:// F	Registro Actualiza	ción de Datos 🔲 Có	digo Asignado: OFTALMOLOGICA		
Entidad Mixta	ODONTOLÖGICA		PRE-HOSPITALARIA		
	OTROS	Especificar:			
	DATOS DE IDEN				
Nomb	re de Entidad Prestador				
Propietario					
Departamento	Ciud	ad	Barrio/Distrito/Compañía		
	51.00		paa		
Dirección					
Números Telefónicos		Telefax	R.U.C.		
1 2					
Correo Electrónico			Página Web		
NATURALEZA JURÍDICA DEL PROPIETARIO					
	199				
UNIPERSONAL	S.R.L.		FUNDACION	님	
EMPRESA INDIV. DE RESP. LTDA.	S.A.		COOPERATIVA	Ш	
SOCIEDAD CIVIL SIMPLE	ASOC	IACIÓN	OTROS		
Especificar:					
AUTORIDADES Y/O DIRECTIVOS					
Presidente/a					
		N/A			
C.I. N°: E-Mail:					
Representante Legal					
		JUDI			
C.I. N°:	Telef. Móvil N°:	E-N	fail:		
Gerente General					
C.I. N°:	Telef. Móvil N°:	E-N	fail:		
C.I. N°:	Telef. Móvil N°:		fail:		
C.I. N°:			fail:		
C.I. N°:		édico	fail:		
C.I. N°:	Regente Mo	édico E-N			
C.I. N°:	Regente Mo	édico E-N			
C.I. N°:	Regente Mo	édico E-N			
C.I. N°:	Regente Mo	édico E-N			
C.I. N°:	Regente Mo	édico E-N			
C.I. N°:	Regente Mo	édico E-N COMENTARIOS	fail:		
C.I. N°:	Regente Mo Telef. Móvil N°: BSERVACIONES U	édico E-N COMENTARIOS		ıd	
C.I. N°: O Datos Aportados por:	Regente Mo Telef. Móvil N°: BSERVACIONES U	édico E-N COMENTARIOS	fail:	ıd	
C.I. N°:	Regente Mo Telef. Móvil N°: BSERVACIONES U	édico E-N COMENTARIOS	fail:	ud	
C.I. N°: O Datos Aportados por:	Regente Mo Telef. Móvil N°: BSERVACIONES U	édico E-N COMENTARIOS	fail:	ıd	





REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

(El presente formulario posee carácter de declaración Jurada)

