

**FORMULARIO PARA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES**

**RAZON SOCIAL:**

DOMICILIO LEGAL:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO:

E-MAIL:

REPRESENTANTE LEGAL:

**NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO A CATEGORIZAR**

DOMICILIO DE LA PRESTACIÓN:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO:

**TIPO DE ESTABLECIMIENTO**

CONSULTORIO: GABINETE

  


CENTRO ESPECIALIZADO

  


INSTITUTO ESPECIALIZADO

  


CLÍNICA

SANATORIO

HOSPITAL

OTRO (especificar):

**NIVEL DE CATEGORIZACIÓN SOLICITADO**

SERVICIOS QUE BRINDA (*)	I NIVEL	II NIVEL	III NIVEL	AISLAMIENTO GEOGRÁFICO
CONSULTA MÉDICA EN REHABILITACIÓN				
TERAPIA FÍSICA				
PSICOLOGÍA				
PSICOPEDAGOGÍA				
TERAPIA OCUPACIONAL				
FONOAUDIOLOGÍA				
INTERNACIÓN PARA REHABILITACIÓN				
HOSPITAL DE DÍA (FISIÁTRICA)				

(\*) Agregar en los espacios en blanco los servicios que brinda que no se han incluido en la lista.

INDICAR SI HA TENIDO CATEGORIZACIÓN PREVIA (PRESTACIÓN Y CATEGORÍA):

--	--	--

Fecha

Firma, sello y cargo del Representante Institucional