



CÍRCULO MÉDICO DE SALTA

Asociación sin Fines de Lucro

Por la presente AUTORIZO al CÍRCULO MÉDICO DE SALTA, a realizar ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIO DE SALUD de la Nación, trámites en el REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES, para:

INSCRIPCIÓN INCORPORACIÓN DE ESPECIALIDAD RE-INSCRIPCIÓN

Salta,de20.....

Dr. / a.: _____

M.P. Nº: _____ D.N.I.: _____

FIRMA Y SELLO



CÍRCULO MÉDICO DE SALTA

Asociación sin Fines de Lucro

Por la presente AUTORIZO al CÍRCULO MÉDICO DE SALTA, a realizar ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIO DE SALUD de la Nación, trámites en el REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES, para:

INSCRIPCIÓN INCORPORACIÓN DE ESPECIALIDAD RE-INSCRIPCIÓN

Salta,de20.....

Dr. / a.: _____

M.P. Nº: _____ D.N.I.: _____

FIRMA Y SELLO