

CUIT*	Número de documento*	Tipo de documento (marcar con una cruz)**
		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> LE

<b>Nombres*</b>

Apellido*	Fecha de nacimiento*	Sexo (marcar con una cruz)**			
	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:33%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width:33%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width:33%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

Estado Civil (marcar con una cruz)**	Nacionalidad*
<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Otro	

<b>Domicilio Comercial</b>	
Localidad* <input style="width:95%;" type="text"/>	Calle* <input style="width:95%;" type="text"/>
Número <input style="width:15%;" type="text"/> Depto. <input style="width:10%;" type="text"/> Piso <input style="width:10%;" type="text"/> Manzana <input style="width:10%;" type="text"/> Tira <input style="width:10%;" type="text"/> Casa <input style="width:10%;" type="text"/> Km <input style="width:10%;" type="text"/> Cuerpo <input style="width:10%;" type="text"/> Torre <input style="width:10%;" type="text"/>	

<b>Contacto Comercial</b>	
Teléfono** <input style="width:95%;" type="text"/>	Celular** <input style="width:95%;" type="text"/>
Mail* <input style="width:95%;" type="text"/>	Web <input style="width:95%;" type="text"/>

Condición Fiscal AFIP (marcar con una cruz)**	Condición Fiscal ATER (marcar con una cruz)**
<input type="checkbox"/> R. Inscripto <input type="checkbox"/> Monotributista <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> Cont. Social <input type="checkbox"/> Ins. Ganancia	<input type="checkbox"/> P. Liberales <input type="checkbox"/> R. General <input type="checkbox"/> R. Simplificado <input type="checkbox"/> Sello

<b>Con. AFIM</b>  <input type="checkbox"/> Tasa ISHPS	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;"><b>Datos Profesionales</b></td> </tr> <tr> <td style="width:33%; padding: 5px;">Matrícula* <input style="width:95%;" type="text"/></td> <td style="width:33%; padding: 5px;">Fecha de Matriculación* <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/></td> <td style="width:33%; padding: 5px;">Fecha de inscripción en IOSPER* <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Nro. de Póliza* Mala Praxis <input style="width:95%;" type="text"/></td> <td style="padding: 5px;">Fecha de Graduación <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/></td> <td style="padding: 5px;">Jefe de Servicios en Institución Hospitalaria <input style="width:95%;" type="text"/></td> </tr> </table>	<b>Datos Profesionales</b>			Matrícula* <input style="width:95%;" type="text"/>	Fecha de Matriculación* <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/>	Fecha de inscripción en IOSPER* <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/>	Nro. de Póliza* Mala Praxis <input style="width:95%;" type="text"/>	Fecha de Graduación <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/>	Jefe de Servicios en Institución Hospitalaria <input style="width:95%;" type="text"/>
<b>Datos Profesionales</b>										
Matrícula* <input style="width:95%;" type="text"/>	Fecha de Matriculación* <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/>	Fecha de inscripción en IOSPER* <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/>								
Nro. de Póliza* Mala Praxis <input style="width:95%;" type="text"/>	Fecha de Graduación <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/>	Jefe de Servicios en Institución Hospitalaria <input style="width:95%;" type="text"/>								

<b>Especialidades</b>			
Especialidad 1 <input style="width:95%;" type="text"/>	Fecha <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/>	Especialidad 2 <input style="width:95%;" type="text"/>	Fecha <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/> <input style="width:20%;" type="text"/>

<b>Convenios con IOSPER</b>	<b>Colegios</b>
Convenio Nivel 1* <input style="width:95%;" type="text"/>	Círculo 1 <input style="width:95%;" type="text"/> Círculo 2 <input style="width:95%;" type="text"/>
Convenio Nivel 2 <input style="width:95%;" type="text"/>	Círculo 3 <input style="width:95%;" type="text"/> Círculo 4 <input style="width:95%;" type="text"/>

<b>Cuenta Bancaria</b>		
CBU	<input style="width:95%;" type="text"/>	
Banco	<input style="width:95%;" type="text"/>	Tipo de cuenta <input style="width:95%;" type="text"/>

-----  
**Firma Prestador**

-----  
**Firma Empleado IOSPER**