

DECLARACION JURADA DE ALTA PARA EL PADRON DE PRESTADORES DE LOS SERVICIOS DE NUTRICIONISTAS Y LICENCIADOS EN NUTRICIÓN CON CARGO A OBRAS SOCIALES, MUTUALIDADES, ENTIDADES DE PREPAGO MEDICO, GERENCIADORAS, ENTRE OTRAS.

La presente solicitud se formula en los términos de la ley 13272 y de los Reglamentos vigentes, los que declaro conocer y aceptar en forma totalmente voluntaria. Asimismo manifiesto prestar conformidad a la Auditoria que pueda realizar EL COLEGIO respecto de las prestaciones que realice personalmente en el marco del Reglamento para la Atención de Beneficiarios de Obras Sociales, Mutualidades, Entidades de Prepago Medico y Gerenciadoras, establecido por EL COLEGIO; como así también me comprometo a prestar mis servicios en calidad de profesional nutricionista/ Licenciado en Nutrición conforme lo establecido en la Ley 13272, los reglamentos vigentes, lo establecido por el Código de Ética y las normas operativas que se estipulan en cada convenio, facultando al COLEGIO que en caso de incumplimiento proceda a darme de baja del Padrón.

AUTORIZO expresamente al COLEGIO a detraer de la facturación que realice con cargo a las Obras Sociales hasta un seis por ciento (6%) de la misma (conforme las resoluciones que adopte el Consejo Directivo en ese sentido) en concepto de gastos de administración del sistema que se establece.

A los efectos declaro los siguientes datos en carácter de declaración jurada los que me comprometo a mantener actualizados, comunicando al COLEGIO por escrito las modificaciones que éstos sufrieren, por medio de carta postal (no e-mail u otro similar).

**- DATOS PARTICULARES:**

Apellido y Nombres: .....

DNI / LC / LE (tachar lo que no corresponda) n° .....

Matricula n° .....

Número Registro Nacional de Prestadores: .....

Domicilio Denunciado Real o Profesional (\*)

Calle:.....n°.....Piso:.....Dto:.....

Entre calles: .....

Código Postal: .....

Localidad:.....Partido:.....

(\*) En este recibiré todas las notificaciones que EL COLEGIO deba realizar y tendrá los efectos del constituido, siendo por ende válidas todas las notificaciones hasta tanto no denuncie otro por escrito en original con mi firma (envío por Carta certificada) y con constancia de recepción por parte del COLEGIO.

Teléfono particular: ..... E-Mail: .....

Número de CUIT: .....

Declaro que poseo Seguro de Responsabilidad Civil vigente por una suma superior a \$ 30.000.-, otorgado por la Compañía de Seguros .....

Poliza n° ..... Vigente hasta fecha.....

- **DATOS PROFESIONALES** (consignar donde se atenderá a los afiliados de Obras Sociales).

**1)**

Nombre del Establecimiento/Consultorio: .....

Dirección: .....n° ..... Piso..... Dto.....

Localidad ..... CP.....

Teléfonos: ..... E-Mail: .....

Días y Horarios de Atención: .....

**2)**

Nombre del Establecimiento/Consultorio: .....

Dirección: .....n° ..... Piso..... Dto.....

Localidad ..... CP.....

Teléfonos: ..... E-Mail: .....

Días y Horarios de Atención: .....

**3)**

Nombre del Establecimiento/Consultorio: .....

Dirección: .....n° ..... Piso.....Dto.....

Localidad ..... CP.....

Teléfonos: ..... E-Mail: .....

Días y Horarios de Atención: .....

**- DATOS IMPOSITIVOS Y BANCARIOS**

A los efectos de cumplimentar las disposiciones impositivas vigentes, manifiesto con carácter de DECLARACION JURADA mi situación frente a la AFIP,

Monotributo  Exento

Responsable Inscripto  No alcanzado

Ganancias inscripto

Adjunto copia de la constancia de cuit emitido por la AFIP a través de la página de esa administración: [www.afip.gov.ar](http://www.afip.gov.ar)

Me comprometo a notificar las modificaciones que pudieran sufrir en mi condición frente a los impuestos.



**Datos Personales**

Apellido y Nombre:.....

Tipo y Nro. de Documento: .....Nro. Matricula: .....

CUIT  CUIL  Nro.:.....

Solicito se depositen mis honorarios por las facturaciones realizadas en la siguiente cuenta:

**Datos de la cuenta bancaria**

Banco.....Sucursal.....Nro.....

Tipo de cuenta: Caja de Ahorro/Cuenta Corriente (Tachar lo que no corresponda)

Moneda: Pesos

Nro. de cuenta.....

**CBU - Clave Bancaria Uniforme** (La puede obtener de su resumen de cuenta)

Nombre y Apellido del titular de la cuenta: .....

CUIT  CUIL  Nro.:.....

Fecha: ..... Localidad: .....

ME ADHIERO EN FORMA VOLUNTARIA Y PRESTO CONFORMIDAD. CONSTE

-----

Firma y sello