

Dicho formulario deberá ser completado y enviado a [convenios@jerarquicos.com](mailto:convenios@jerarquicos.com) junto a la documentación detallada en el mismo.

**DATOS**

Solicitante:		Fecha de pedido:	/	/
Razón Social - Nombre del prestador:		Fecha de Nac.:	/	/
Matrícula:	N° inscripción S.S.S:	Especialidad:		
Domicilio legal:	Localidad:	Provincia:		
C.P.:	Teléfono:	E-mail:		
Categoría I.V.A.:		C.U.I.L./C.U.I.T.:		
Banco con que opera:		Sucursal:		
C.B.U.:				

**TIPO DE CONVENIO**

Profesional directo  
  Óptica  
  Farmacia  
  Convenio directo (clínica, sanatorio, órgano colegiado)

**CONTACTO**

Apellido y Nombres:	
Teléfono:	E-mail:

Horario de atención:

**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR**

- Comprobante de C.B.U. emitido por entidad bancaria.
- Constancia de inscripción en AFIP.
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la S.S.S.
- Copia del título.
- Habilitación Municipal (sólo farmacias, ópticas).
- Habilitación e inscripción en el Colegio de Farmacéuticos (sólo farmacias).
- Curriculum vitae (sólo Profesional directo).
- Carpeta institucional (sólo Convenios directos).
- Estatuto (para Asoc. Civiles, Mutuales, Cooperativas).
- Listado de prestaciones que brinda junto con los aranceles pretendidos para las mismas.
- Fotocopia de DNI.

Una vez recepcionado el presente formulario junto con la documentación a presentar se iniciará un expediente de Futuro Convenio. Una vez analizado nos contactaremos con usted para brindarle una respuesta.