

**Solicitud Alta Prestadores
Convenio Directo Discapacidad**

DATOS GENERALES PRESTADOR/A

Nombre y Apellido/ Razón Social:	
Profesión:	Nº Matrícula (*):
Prestación a realizar:	
Dirección Comercial:	Localidad:
Provincia:	Código Postal:
E-mail:	Teléfono:
DNI:	CUIT:
CBU:	Banco:

DATOS DE LA AFILIADA/O

Nombre y Apellido:	DNI:
Nº Expediente Discapacidad OSUNL:	

- (*) Documentación que debe presentarse en original ante Mesa de Entradas donde se constatará su originalidad. Se podrá enviar vía e-mail: mesadeentradas@osunl.org.ar
- Los valores se ajustarán de acuerdo a los montos fijados en el **Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad**.
- El tiempo estimado del trámite de alta será de 15 días hábiles desde la presentación de la documentación de manera completa. Se enviará una notificación vía e-mail con la confirmación del alta y modalidad de facturación.

CONTROL DE DOCUMENTACION: Sólo para uso interno

Curriculum Vitae	
Copia Título Profesional (*)	
Copia DNI (*)	
Constancia del Registro Nacional de Prestadores	
Copia certificada de inscripción el Colegio Profesional correspondiente	
Constancia AFIP/ INSCR. IIBB	
Habilitación (*)	
Constancia de CBU (si corresponde a Banco Credicoop especificar Tipo y Nº de Cuenta)	

Fecha de recepción:	Firma y sello recepción:
----------------------------	---------------------------------