

DATOS PERSONALES: (Favor escribir los datos con letra imprenta)

Nombre y Apellido:.....
 Cédula de Identidad N°:..... Reg. Profesional N°:..... R.U.C. N°:.....
 Especialidad:..... Año de Promoción:.....
 Dirección Particular:.....
 Teléfono Particular:..... Celular:.....
 E-mail:.....

2- DATOS PARA LA GUÍA DE PRESTADORES:
Consultorio 1:

Dirección:.....
 Teléfono:...../..... Celular:...../.....

Consultorio 2:

Dirección:.....
 Teléfono:...../..... Celular:...../.....

Consultorio 3:

Dirección:.....
 Teléfono:...../..... Celular:...../.....

IMPORTANTE: Cualquier cambio en la dirección y/o teléfono deberá comunicar de inmediato a fin de actualizar sus datos en la Guía de Prestadores en la brevedad posible.

3. REQUISITOS DOCUMENTALES

Presentar la Solicitud Inclusión - Profesionales	
Curriculum Vitae (detallado, méritos académicos, profesionales y/o laborales, así como actividad laboral actualizada, con la documentación respaldatoria correspondiente)	
Copia de Cédula de Identidad (actualizada).	
Copia de Registro Profesional (actualizado y postgrado).	
Certificado de la Sociedad Científica y/o Certificado del Círculo Paraguayo de Médicos.	
Título de médico	
Título de postgrado	
Certificado de residencia médica	

Asunción,..... de..... de 202.....

FIRMA DEL PROFESIONAL

USO INTERNO
Observaciones:
Resolución:
Firma: