



Planilla 3. ALTA DE PRESTADORA/OR

Nombre y apellido del afiliado: _____
Número de afiliado: _____ Teléfono: _____
Mail: _____ (Afiliado/a o persona a cargo)

La formación de las/los prestadoras/es un requisito que hace a la calidad prestacional del servicio a brindarse, de la misma forma garantiza la libre elección del afiliada/o que puede seleccionar la/el prestadora/or, ya que la misma pertenece al afiliada/o y no el IOMA.

La acreditación de la misma mediante la presente DDJJ, será ítem requerido para formar parte del listado de prestadores del IOMA. Asimismo, se aclara que la presentación de la misma es a los fines del control y supervisión de la calidad prestacional y no es, bajo ningún tipo de circunstancia, relación laboral entre el pretenso prestador/a y el IOMA.

En consonancia con los artículos 7, 15 y 24 de la ley 6982 y artículo 38 del decreto 593/22.

Prestador

El que suscribe _____ DNI _____
CUIT/CUIL N° _____ con domicilio _____ en la ciudad de
_____ partido _____ de la Pcia _____

Prestación que brinda: _____

DECLARO BAJO JURAMENTO encontrarme Habilitado(a) para el ejercicio profesional ante el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, con el N° de matrícula o registro: _____

-
- 1 - El IOMA se reserva la potestad de requerir más información al efector de ser necesario
 - 2 - La acreditación de los avales mencionados deberán ser presentados en formato PDF y ser cargados en la web (<https://www.ioma.gba.gob.ar>).
 - 3 - El IOMA se reserva la potestad de observar, fundadamente, la DDJJ en caso de ser incorrectos alguno de los ítems solicitados.