

Código: _____ Pss: _____

Requisitos De Afiliación Para Médicos

Nombre: _____

Especialidad: _____

Sub-Especialidad: _____

Centros: _____

- Curriculum Actualizado.
- Copia De Título Medicina
- Copia De Título Especialidad y/o Sub-Especialidad
- Copia De Exequátur.
- Carta Del Centro Donde Labora.
- Carta De La Sociedad a La Que pertenece.
- Certifiñ De Responsabilidad Civil Permiso Control De Drogas (cirujanoanesteciólogo)
- Carta De Solicitud De Afiliación Donde Figure Domicilio.
- Teléfono Y Horarios Del Centro.
- Datos Del Doctor A Cargo.

Informaciones De Contacto:

Correo Electronico: _____

Teléfonos: _____

Horario De Consultas: _____

Formulario de Pago Electronico:

Nota: Prestador Debe Pertenece A Un Centro Afiliado A Nuestra Red De Prestadores De Servicios De Salud.

Entregado Por: _____

Recibido Por: _____

Autorizado Por: _____

OBSERVACIONES: _____

Oficina Principal
Av. A. Lincoln No. 849, Ens. Piantini,
Sto Dgo, Rep. Dom.
Tel.: (809) 540-0901/ (809)
541-1009.

Zona Oriental
Av. Sabana Larga #17.
Tel.: (809) 596-5063

San Cristóbal
C/ Mella No. 9, Esq Gral. Leger.
Tel.: (809) 528-4777

Santiago
Av. 27 de Febrero .
Tel.: (809) 226-5900

Puerto Plata
C/ Antera Mota esq.
Dr. Zafram Edif. Abreu
Tel.: (809) 261-7824.

WWW.arsyunen.com.do

*** Todos Los Resuisitos Son
Indispensables Para La
Recepción De Los Documentos.