



COLEGIO FARMACÉUTICO
DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

ISSN

DOCUMENTACION PARA SOLICITAR EL ALTA EN ISSN:

1. Formulario de alta Entidades.
2. Fotocopia de Disposición de Salud Pública.
3. Fotocopia de inscripción Ingresos Brutos
4. Fotocopia de inscripción DGI
5. Fotocopia de la licencia comercial
6. Fotocopia de la constancia de habilitación municipal
7. Fotocopia de la 1º y 2º hoja del DNI del propietario
8. Fotocopia del Título Profesional
9. Fotocopia de la 1º y 2º hoja del DNI del profesional
10. Fotocopia de la matrícula Provincial del Farmacéutico.
11. Fotocopia de la constancia de inscripción en la Caja Provisional para Profesionales de la Provincia del Neuquén.-



EQUIPAMIENTO

MAQUINA Nº	IDENTIFICACIÓN PANTALLA	ORIGEN DE LA COMPRA	OPERADOR	UBICACIÓN PC	LECTORA TARJETA SERIE Y NÚMERO	ORIGEN DE LA COMPRA	MAQUINA Nº	IDENTIFICACIÓN PANTALLA	ORIGEN DE LA COMPRA	OPERADOR	UBICACIÓN PC	LECTORA TARJETA SERIE Y NÚMERO	ORIGEN DE LA COMPRA
1							41						
2							42						
3							43						
4							44						
5							45						
6							46						
7							47						
8							48						
9							49						
10							50						
11							51						
12							52						
13							53						
14							54						
15							55						
16							56						
17							57						
18							58						
19							59						
20							60						
21							61						
22							62						
23							63						
24							64						
25							65						
26							66						
27							67						
28							68						
29							69						
30							70						
31							71						
32							72						
33							73						
34							74						
35							75						
36							76						
37							77						
38							78						
39							79						
40							80						

Tiene previsto incorporar más Pcs.

SI NO

REFERENCIAS

Origen de la compra: 1 Fondos propios - 2 Préstamo ISSN - 3 Préstamo Colegio
 Operador: 1 Prof. Salud - 2 Secretario - 3 Bioquímico - 4 Farmacia
 Ubicación PC: 1 Recepción - 2 Consultorio - 3 Administración

OBSERVACIONES

•

Formulario de Prestadores

SISTEMA DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA ISSN



DOMICILIO DE ATENCIÓN 3

El cuadro Vía de Facturación es de integración OBLIGATORIA.

Entidad: _____ C.U.I.T.: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Domicilio legal: _____ N°: _____ Piso°: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono fijo: _____ Fax: _____

Teléfono móvil: _____ Correo Electrónico Entidad: _____

Vía de Facturación: Seleccione con la letra que corresponda **UNA SOLA** vía de facturación por domicilio de atención.

A DIRECTO INSTITUTO SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUÉN C ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y HOSPITALES PRIVADOS DE NEUQUÉN.
 B COLEGIO (INDICAR): _____

¿Posee PC en consultorio en esta entidad? SI NO

	DE:	A:	DE:	A:
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Declaro bajo juramento de Ley que los datos consignados son correctos, comprometiéndome a no realizar ninguna modificación respecto de los mismos, hasta tanto no cuente con la autorización expresa del ISSN, para lo cual me obligo a requerir previamente las conformidades pertinente acompañando toda la documentación que se me exija desde el área Prestadores de la obra social, quien podrá o no acceder a mi solicitud de cambio.

Manifiesto que asumo el compromiso de canalizar toda mi actuación profesional como Prestador, respetando las Normas establecidas por lo que me obligo a utilizar los sistemas informáticos que el ISSN determine para: consumir prestaciones, prescribir prácticas y recetar según Nomenclador, Formulario Terapéutico y Guías de Atención del ISSN.

En caso de incumplimiento de tales obligaciones, el ISSN podrá adoptar las medidas administrativas y disciplinarias pertinentes.

_____/_____/_____-
Fecha solicitud

Firma y Sello Solicitante

Incorporado Disposición Nro

Relevador

OBSERVACIONES

•