

FORMULARIO DE DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO, DIRECTOR MÉDICO Y PROPIETARIO

Datos del Establecimiento	
Nombre del Establecimiento	
Dirección (Calle y Número)	
Barrio o Sector	
Municipio	
Provincia	
ONAPI	
Resgistro Nacional de Contribuyente	
Teléfono	
Correo Electrónico (Obligatorio)	
Fecha de Apertura	
Datos del Propietario	
Nombre (s)	
Apellido (s)	
Cédula de Identidad	
Dirección (Calle y Número)	
Barrio o Sector	
Municipio	
Provincia	
Teléfono	
Celular	
Correo Electrónico (Obligatorio)	
Datos del Director Médico	
Nombre (s)	
Apellido (s)	
Cédula de Identidad	
Dirección (Calle y Número)	
Barrio o Sector	
Municipio	
Provincia	
Teléfono	
Celular	
Correo Electrónico (Obligatorio)	
Título Profesional	
Especialidad	
No. de Exequátur	
Fecha de Expedición	