



**ENTIDADES ASISTENCIALES DE SALUD
FORMULARIO REGISTRO DE SOCIOS**



A. RECEPCION		<small>(USO EXCLUSIVO FONASA)</small>	
FECHA	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	INSCRIPCION <input type="checkbox"/>	NIVEL ATENCION <input type="checkbox"/>
	<small>Día mes año</small>	REACTIVACION <input type="checkbox"/>	
FOLIO/Nº CORREL.	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	DIRECCIÓN ZONAL	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

B. IDENTIFICACION ENTIDAD:	Nº RUT.....	<input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
NOMBRE – RAZÓN SOCIAL -----			
NOMBRE DE FANTASÍA -----			
INSCRIPCION LUGAR PRINCIPAL	<input type="checkbox"/>	INSCRIPCION SUCURSAL	<input type="checkbox"/>

C. IDENTIFICACIÓN SOCIOS INTEGRANTES SOCIEDAD			
Nombre Persona Natural o Nombre Persona Jurídica	Nº RUT	Profesión (Pers. Natural)	Nivel inscrip.

En caso de necesidad agregar anexo

D. FIRMAS DE SOLICITUD Y AUTORIZACION		
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>
Representante Legal Entidad Solicitante	Firma R.L.	Fecha