



DATOS OBLIGATORIOS PARA ALTA DE PROVEEDOR

DATOS GENERALES

FECHA: _____

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) | Fecha de Nacimiento |
|------------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|
| | | | |
| No. Cédula Profesional | Correo Electrónico | Especialidad | No. Cédula Especialidad |
| | | | |
| Sub Especialidad | No. De Sub Especialidad | Lugar de Nacimiento | Nacionalidad |
| | | | |
| Teléfono Celular | Nacionalidad | | |
| | | | |

DATOS FISCALES

| Persona Física | | Llenar solamente si está dado de alta como Persona Moral | |
|----------------|------|--|--------------|
| RFC | CURP | RFC (Razón Social) | Razón Social |
| | | | |

DOMICILIO FISCAL

| Calle / Número exterior / Número interior | | Estado | Ciudad / Población | Colonia |
|---|------|-----------------------|--------------------|---------|
| | | | | |
| Delegación/ Municipio | C.P. | Teléfonos y Extensión | | Fax |
| | | | | |

DATOS CONSULTORIO PRINCIPAL

| Calle / Número exterior / Número Interior | | Estado | Ciudad / Población | Colonia |
|---|------|---|--------------------|---------|
| | | | | |
| Delegación / Municipio | C.P. | Teléfonos y Extensión (con Clave Lada) | | Fax |
| | | | | |

DATOS CONSULTORIO 2

| Calle / Número exterior / Número Interior | | Estado | Ciudad / Población | Colonia |
|---|------|---|--------------------|---------|
| | | | | |
| Delegación / Municipio | C.P. | Teléfonos y Extensión (con Clave Lada) | | Fax |
| | | | | |

ACCESO HOSPITALARIO Y DIAS DE ATENCIÓN

| Acceso a Hospitales | Días y horas de atención | |
|------------------------------------|---------------------------------|----------------|
| Hospitales a los que Accesa | Días de Atención | Horario |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |