



SOLICITUD DE CONTRATO

Núm. Prov.

Tipo de Contrato: Individuo Corporación DBA

Fecha de Solicitud

--	--	--

INFORMACION DEL PROVEEDOR

Nombre del Proveedor						
Genero	<input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento				NPI Individual
	<input type="checkbox"/> Femenino		Mes	Día	Año	Taxonomy Code
Licencia	Seguro Social					Especialidad
Dirección Postal					Teléfono de Oficina	
					Celular (Solo uso IMC)	
Pueblo	Zip Code				Fax	
Correo Electrónico						

INFORMACION DE LA CORPORACION

Nombre de la Corporación					
Seguro Social				NPI	Taxonomy Code

DIAS Y HORAS DE OFICINA

Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo
-------	--------	-----------	--------	---------	--------	---------

HOSPITALES DE PRIVILEGIOS

COMPONENTES MEDICOS

Nombre de los Médicos	Licencia	NPI	Taxonomy Code	Especialidad

DIRECCION FISICA OFINICA 1

DIRECCION FISICA OFINICA 2

Teléfono	Fax	Teléfono	Fax

Firma del Proveedor

Firma del Representante de IMC

En _____, Puerto Rico hoy _____ de _____ del 20_____.