

ANEXO I

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
REGISTRO DE PROVEEDORES**

1) IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR

RAZÓN SOCIAL / NOMBRE /S Y APELLIDO/S

Nº DE CUIT.....

PERSONA JURIDICA – TIPO DE SOCIEDAD

NÚMERO DE INSCRIPCIÓN EN REGISTRO

NOMBRE/S Y APELLIDOS DE LOS SOCIOS

NOMBRE/S, APELLIDOS Y DNI DEL O LOS GERENTES

NOMBRE/S, APELLIDO/S Y DNI DEL O LOS ADMINISTRADOR/ES

**NOMBRE/S, APELLIDO/S Y DNI DE QUIENES TIENEN PODER PARA
CONTRATAR Y OBRAR EN SU NOMBRE**

FIRMA Y ACLARACIÓN

FIRMA Y ACLARACIÓN

Nº FIRMA Y ACLARACIÓN

2) DOMICILIOS / TELÉFONOS / CORREO ELECTRÓNICO

2.a) SEDE PRINCIPAL

CALLE.....**Nº**.....
PISO.....**DEPARTAMENTO**.....**LOCALIDAD**.....
PROVINCIA.....**PAIS**.....
CÓDIGO POSTAL.....
TELÉFONOS.....
FAX.....

2.b) LEGAL DE COMUNICACIONES

CALLE.....N°.....
PISO.....DEPARTAMENTO.....LOCALIDAD.....
PROVINCIA.....PAIS.....
CÓDIGO POSTAL.....
TELÉFONOS.....
FAX.....
e-mail.....

2.c) OTRO (EN CARÁCTER DE.....)

CALLE:.....N°.....
PISO.....DEPARTAMENTO.....LOCALIDAD.....
PROVINCIA.....PAIS.....
CÓDIGO POSTAL.....
TELÉFONOS.....
FAX.....
e-mail.....

3) ACTIVIDAD COMERCIAL

LA FIRMA ES (MARCAR CON UNA "x" LO QUE CORRESPONDA):

.....FABRICANTE
.....REPRESENTANTE
.....REPRESENTANTE DE FIRMA EXTRANJERA
CON DOMICILIO EN EL EXTERIOR.....DISTRIBUIDOR
ACTIVIDAD PRINCIPAL.....
FECHA DE INICIACIÓN DE ACTIVIDAD.....
CÓDIGO ACTIVIDAD PRINCIPAL
AFIP.....
ACTIVIDADES SECUNDARIAS.....

.....
CÓDIGO ACTIVIDAD SECUNDARIA

AFIP.....

EN CASO DE VENTA DE INSUMOS MÉDICOS DETALLAR

-EQUIPAMIENTO MÉDICO
-EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO
-TEXTILES (GASA, ALGODÓN)
-DESCARTABLES (AGUJAS, JERINGAS, GUANTES, ETC)
-PRÓTESIS VASCULARES
-PRÓTESIS DE TRAUMATOLOGÍA
-PRÓTESIS DE NEUROCIRUGÍA
-PRÓTESIS CORONARIAS (STENT, VÁLVULAS, MARCAPASOS, CARDIODESFIBRILADORES, ETC)
-OTRAS PROTESIS / ENDOPROTESIS
-ORTESIS
-MEDICAMENTOS / ANESTÉSICOS / MEDIOS DE CONTRASTE
-INSUMOS Y REACTIVOS DE LABORATORIO
-SOLUCIONES FISIOLÓGICAS
-PROVISIÓN DE OXÍGENO
-OTROS (DETALLAR).....
-
-

.....
4) REFERENCIAS COMERCIALES PRINCIPALES CLIENTES CON LOS QUE OPERA.....
.....
.....

DESDE.....
PRINCIPALES CONTRATOS REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS DOS (2) AÑOS O EN VIGENCIA CON ORGANISMOS OFICIALES O PRIVADOS.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

BANCO/S CON EL/LOS QUE OPERA.....
.....

SUCURSAL/ES.....

ANTIGÜEDAD PROMEDIO DE OPERACIONES

AUTORIZA AL HOSPITAL A DEPOSITAR EN CUENTA CORRIENTE

SI.....NO.....

Nº DE CUENTA/S

CBU.....

AUTORIZA AL HOSPITAL A DEPOSITAR EN CAJA DE AHORRO SI.....NO.....

Nº DE CUENTA.....

CBU.....

Nº DE REGISTRO DE PROVEEDORES DE PCIA. DE BUENOS AIRES.....

VIGENCIA DE CREDENCIAL (ADJUNTAR COPIA).....

Nº DE REGISTRO NACIONAL – SIPRO.....

VIGENCIA DE CREDENCIAL (ADJUNTAR COPIA).....

DETALLE Y Nº DE INSCRIPCIÓN EN OTROS REGISTROS PROVINCIALES /

MUNICIPALES.....
.....
.....
.....

VIGENCIA DE CREDENCIALES (ADJUNTAR COPIAS).....
.....

EN CASO DE CORRESPONDER:

Nº DE CERTIFICADO DE HABILITACIÓN DE LA A.N.M.A.T (ADJUNTAR COPIA

AUTENTICADA DEL MISMO).....

Nº DE CERTIFICADO DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PCIA. DE BUENOS

AIRES (ADJUNTAR COPIA AUTENTICADA DEL MISMO)
.....
.....

5) DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (ADEMÁS DE LAS DETALLADAS EN LOS PUNTOS ANTERIORES)

5.1) COPIA DEL CONTRATO SOCIAL ACTUALIZADO

5.2) COPIA DE INSCRIPCIÓN EN REGISTRO DE SOCIEDADES QUE CORRESPONDA.

5.3) COPIA DE ÚLTIMO BALANCE O MANIFESTACIÓN DE BIENES, CON DICTAMEN DE AUDITOR DEBIDAMENTE CERTIFICADO

5.4) COPIA DE LOS CONTRATOS QUE SE CITEN EN EL PUNTO 4).

5.5) COPIA DE PODER NOTARIAL PARA ACTUAR, DE ACUERDO A LO CONSIGNADO EN EL PUNTO 1).

LAS COPIAS ANTES MENCIONADAS DEBERÁN ESTAR CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO Y POR COLEGIO JURISDICCIONAL QUE CORRESPONDA.

5.6) EN CASO DE SER REPRESENTANTE DE FIRMAS EXTRANJERAS CON RESIDENCIA EN EL EXTERIOR, COPIA LEGALIZADA DEL PODER DE REPRESENTACIÓN CONCEDIDO Y CONSTANCIA DE SU VIGENCIA AL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN EXTENDIDA POR ESCRIBANO PÚBLICO.

5.7) CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN AFIP

5.8) CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN INGRESOS BRUTOS

6) INFORMACIÓN IMPOSITIVA

6.1) EN RELACIÓN CON ESTE ORGANISMO Y CON EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (IVA), USTED (MARCAR CON UNA "x" LO QUE CORRESPONDA):

REALIZA CONSTRUCCIONESSINO

REALIZA LOCACIONES DE OBRASSINO

REALIZA PRESTACIONES DE SERVICIOSSINO

ALICUOTA DE LA ACTIVIDAD 21% 10%

6.2) EN RELACIÓN CON ESTE ORGANISMO Y CON EL IMPUESTO A LAS GANANCIAS, USTED (MARCAR CON UNA "x" LO QUE CORRESPONDA):

REALIZA LOCACIONES DE OBRAS O SERVICIOSSINO

ES PROVEEDOR DE BIENES DE CAMBIOSINO

EJERCE SU PROFESIÓN, OFICIO, ALBACEA, MANDATARIO O GESTOR DE NEGOCIOSSINO

**7) REGLAMENTO DE CONTRATACIONES
POR LA PRESENTE SE DEJA CONSTANCIA DE CONOCER Y ACEPTAR LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO DE CONTRATACIONES Y LAS**

PREVISTAS EN EL PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES GENERALES QUE RIGEN AL HOSPITAL EL CRUCE ALTA COMPLEJIDAD EN RED SAMIC DE LA LOCALIDAD DE FLORENCIO VARELA.

SEÑOR PROVEEDOR: LA PRESENTE REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. CUALQUIER MODIFICACIÓN DEBE REALIZARSE EN NUESTRAS INSTALACIONES.

DE CONSIDERARLO NECESARIO, EL HOSPITAL PODRÀ SOLICITAR INFORMACIÓN O DOCUMENTACIÓN ADICIONAL PARA CADA CASO EN PARTICULAR.