

**SOLICITUD DE INGRESO AL REGISTRO DE PROVEEDORES
INSTITUTOS AYUDAS EXTRAORDINARIAS**

LOCALIDAD		FECHA	
------------------	--	--------------	--

NOMBRE DE LA EMPRESA		RAZÓN SOCIAL	
Nº EMPRESA		RUT	
DOMICILIO	LOCALIDAD	DEPARTAMENTO	
TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
NOMBRE DE RESPONSABLE/S		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	

ACTIVIDADES / TRATAMIENTOS	
FRANJA ETARIA	
FRECUENCIA SEMANAL POR USUARIO	
DURACIÓN DE SESIÓN	

En el día de la fecha, quien suscribe, declara estar en conocimiento del Reglamento de Ayudas extraordinarias vigente.

Se autoriza el envío de vistas y notificaciones por medio del correo electrónico declarado en este formulario.

.....
Firma

.....
Aclaración