

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

<b>LOCALIDAD</b>		<b>FECHA</b>	
------------------	--	--------------	--

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

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

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