



**SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD**

**REGISTRO DE USUARIOS
SOLICITUD DE NUEVO USUARIO**

Solicitud de usuario para la impresión de boletas del FSR:

Esta solicitud solo aplica a aquellas empresas privadas que utilizan estas boletas. El envío de este formulario no implica la aceptación y generación de usuario si el solicitante no se encuentra en nuestra base de datos, validándose como entidad usuaria de estas boletas.

Descargue este formulario e imprima la hoja 2, completando todos los datos que allí se solicitan, si la razón social esta en nuestra base de datos, se procederá a enviar un correo electrónico con el usuario y la clave asignada al correo electrónico del responsable del usuario.

El formulario puede ser entregado personalmente en Av Roque Saenz Peña 530 7mo Piso Subgerencia de Informática, enviado por fax al 011-4344-2912 o bien enviarlo por correo postal a:

Subgerencia de Informática

Superintendencia de Servicios de Salud

Av Roque Saenz Peña 530 7mo Piso

Código Postal 1035

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Argentina

El otorgamiento del usuario está sujeto a los términos expuestos y el mismo solo podrá ser utilizado para la impresión de las boletas.

En caso de requerir asistencia sobre este formulario, envíe un correo electrónico a mesa_ayuda@sssahud.gov.ar



**SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD**

REGISTRO DE USUARIOS SOLICITUD DE NUEVO USUARIO

> Tipo de Entidad (Marque lo que corresponda)

Entidades aportantes FSR []

- CUIT Entidad:

- Razón social:

Datos del Responsable de la cuenta

Nombre:.....

Apellido:.....

Tipo y N° de Documento.....

Domicilio:.....

Localidad: Código postal:.....

Provincia: Teléfono:.....

Mail:.....

> Solicito recibir el usuario y la clave para el acceso al registro de boletas de depósito al FSR

Firma:

Aclaración:

Cargo:

Superintendencia de Servicios de Salud Avenida Roque Sáenz Peña 530 Capital Federal