



Ciudad, _____

REGISTRO DE CLINICA

NOMBRE CLINICA: _____

RAZON SOCIAL (CHEQUES): _____

DIRECCION: _____

RIF.: _____ NIT.: _____ E-MAIL: _____

LOCALIDAD: _____ TELÉFONOS: _____ FAX: _____

PERSONA CONTACTO PARA CONVENIOS: _____

GTE ADMISIÓN. TLF, _____ ADMINISTRADOR. TLF _____

GTE COBRANZAS. TLF. _____ DIRECTOR MÉDICO _____

DESCUENTO OTORGADO: _____ SOBRE: _____ POR PAGO EN _____ DIAS

CUENTA BANCARIA No.: _____ BANCO: _____

VIGENCIA DEL BAREMO: _____

SERVICIOS QUE POSEEN _____

NOTA: EN CASO DE NO SER CONTRIBUYENTE, FAVOR ANEXAR CONSTANCIA.

A los fines de tramitar clave de ingreso/egreso a Nivel Nacional **Call Center: MASTER 0414-4650678/0241) 8173140**), (0241) 416.25.46/416.08.15. Cel. 0424-402.15.90/0424-112.20.62.y posteriormente para el pago de su representado enviar las facturas fiscales a las direcciones de correo descritas a continuación: administracion4@gehasesores.com; geh4dmin@gmail.com; administracion@gehasesores.com; admon.gehasesores@gmail.com; gciadministracion@gehasesores.com.

Agradecemos enviarnos esta Hoja de Registro, a la brevedad posible a través del mail – ma_hernandez@gehasesores.com; negocios2@gehasesores.com. También les indicamos que para cualquier información adicional acerca de los estados de cuenta, documento o correspondencia referida al área administrativa, Ud. Podrá solicitarlas según su ubicación geográfica a: GEH Sede Principal Valencia (0241) 820.00.00 Ext. 123 administracion@gehasesores.com Karelvy Brandt.GEH Sucursal Caracas, (0212) 762.04.13 / 418.54.12, negocios1@gehasesores.com Neysi Garcia.

María A. Hernández L.
Gerente Corporativo de Operaciones