

INFORMACION DEL PROVEEDOR					
Nombre del Proveedor			Nombre del Grupo		
Tax ID	NPI		ETIN	NPI	
Dirección Postal			Dirección Física		
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Correo Electrónico			Teléfono		Fax

SOFTWARE A INSTALAR	
Programa	Cantidad
<input type="checkbox"/> IMPlug	
<input type="checkbox"/> Otro _____	

RE-INSTALACIÓN	
<input type="checkbox"/> Re-instalación del programa	Username: _____

AUTORIZACIÓN
Yo, _____, Autorizo a Inmediata Health Group, que realice trabajos de instalación de los programas detallados en este formulario.
Este documento debe contener el nombre en letra de molde del doctor(a), licenciado u organización encargado de la cuenta. Toda la información presentada en este formulario es necesaria para transmitir electrónicamente y es información fidedigna. Para que así conste, estoy de acuerdo y he completado este formulario de acuerdo a las necesidades de mi organización.
Envíe este documento por fax al 1(866)597-0277
Comentarios:

FIRMA DEL PROVEEDOR

FECHA

USO INTERNO SOLAMENTE	
Recibido Por:	Fecha:
Procesado Por:	Fecha:
Digitalizado Por:	Fecha: