**ANEXO 1**

**FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN**

Llamado a «Registro de personas jurídicas prestadoras de servicios de asistente personal del Sistema Nacional Integrado de Cuidados»

| **Razón social de la institución** |
| --- |
|  |

| **Nombre comercial de la institución** |
| --- |
|  |

| **R.U.T.** |
| --- |

| **Dirección** |  | **Número** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

| **Localidad** |  | **Departamento** |  | **País** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

| **Correo electrónico** |  | **Código postal** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

| **Nombre del/los Representantes** |
| --- |
|  |

Declaro estar en condiciones legales de contratar con el Estado

| **Firmas** |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

| **Aclaración** |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

| **Sello de la empresa** |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |